



Päihdetyöntekijöiden näkemykset ja tiedot huumeriippuvaisten ADHD-oireisten aikuisten asiakkuuksista

Saarelainen Jenni
Saari Santos Petra

2015 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Päihdetyöntekijöiden näkemykset ja tiedot huumeriippuvaisten ADHD-oireisten aikuisten asiakkuuksista

Jenni Saarelainen
Petra Saari Santos
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu 2015

Saarelainen Jenni & Saari Santos Petra

Päihdetyöntekijöiden näkemykset ja tiedot ADHD-oireisten aikuisten asiakkuuksista

Vuosi	2015	Sivumäärä	53
-------	------	-----------	----

ADHD ilmenee tarkkaavuuden ongelmina, ylivilkkaavana ja impulsiivisuutena. ADHD-oireisilla riski päihdehäiriön syntymiseen on muuta väestöä suurempi. Opinnäytetyön tarkoitus oli laadullisen tutkimuksen keinoin selvittää, minkälaisia näkemyksiä, kokemuksia ja tietoa päihdetyöntekijöillä on huumeriippuvaisten ADHD-oireisten aikuisten asiakkuuksista ja minkälaisia kehittämisideoita heillä on hoidon kehittämiseksi. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä ADHD-liiton kanssa, ja tavoitteena oli tuottaa uutta hyödynnettävää tietoa ADHD-liiton sekä työelämän tarpeisiin.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kahdesta eri pääkaupunkiseudulla toimivista päihdeyksiköistä saaduista haastatteluista. Tuloksista ilmenee, että päihdetyöntekijät pitävät hoitoa edistävänä tekijänä erityisesti hoitoon sitoutumisen tukemisen sekä yksilöllisen hoidon. Ongelma-kohtina nähdään erityisesti hoitamattomat ADHD-oireet sekä riski päihdehoidon keskeytymiseen. Päihdetyöntekijät kokivat oman tietämyksensä olevan omaan alaansa liittyvää asiantuntemisuutta. Hoidon kehittämis ehdotuksia kartoittaessa tuloksiksi nousivat kokonaisvaltaisen hoidon toteuttaminen sekä muutos hoitokäytänteissä. ADHD:n varhainen diagnosointi nähtiin merkittävänä tekijänä päihderiippuvuuden syntymisen ehkäisemisessä. Kuitenkin päihdehoidossa jo olevien aikuisten hoidon suunnitteluun olisi varattava aikaa, sillä pienten keinojen käyttöönotolla voitaisiin hoitoa kehittää asiakaslähtöisemmäksi. Tuloksissa ilmenee työntekijöiden toivovan moniammatillisia koulutustilaisuuksia muiden päihdehoitoon erikoistuneiden yksiköiden kesken.

aikuiset, ADHD, päihderiippuvuus, päihdetyö, asenteet, tieto

Saarelainen Jenni & Saari Santos Petra

Substance abuse counsellors' views and knowledge of clients with ADHD symptoms and who have a drug addiction

Year	2015	Pages	53
------	------	-------	----

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) manifests itself as attention problems, hyperactivity and impulsive behaviour. The risk of developing a drug abuse problem is higher among adults with ADHD than in other population groups. The aim of this Bachelor's thesis was to examine with qualitative methods what kind of views, experiences and knowledge substance abuse counsellors had of ADHD clients who have a drug addiction and which kind of development ideas they had concerning the treatments. The thesis was made in cooperation with the Finnish ADHD association. The objective was to produce new useful information for the ADHD association and working life.

The data for this thesis was collected by surveying substance abuse counsellors in Helsinki in two different places that were focused on welfare among drug abusers. The results show that the substance abuse counsellors considered that the treatment was promoted in particular through supporting the clients' commitment to the treatment and their individual treatment. Problems in treatment were shown as untreated ADHD symptoms and risks of discontinuing the treatment. The counsellors felt that their knowledge was expertise in their own field. As regards the development ideas, the results show that it is necessary to provide holistic care and change the working habits. The early diagnosing of ADHD was regarded as a significant factor to avoid drug addiction. However, treating adult drug abusers should be given time through simple measures in order to develop the treatment more client-based. The results show that the counsellors wish to have more multiprofessional training sessions with other units focused on substance abuse welfare.

adult, ADHD, substance abuse, substance abuse treatment, attitudes, knowledge

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	ADHD aikuisella.....	8
2.1	Liitännäishäiriöt	9
2.2	ADHD:n lääkkeettömät hoitomuodot	10
2.3	Lääkehoito.....	11
3	ADHD ja yhtäaikainen päihdehäiriö	12
3.1	ADHD:n tuoma alttius päihteidenkäyttöön	13
4	Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden asenteet ja tiedot ADHD-oireisten ja huumeriippuvaisten aikuisten hoidosta	14
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	16
6	Opinnäytetyön toteutus.....	16
6.1	Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimus.....	16
6.2	Aineiston keruu ja kohderyhmä.....	17
6.3	Aineiston käsittely ja analysointi.....	19
7	Opinnäytetyön tulokset	23
7.1	Päihdetyöntekijöiden näkemykset ja kokemukset hoitoa edistävästä tekijöistä	23
7.2	Päihdetyöntekijöiden näkemykset ja kokemukset hoidon ongelmakohdista ..	25
7.3	Päihdetyöntekijöiden kokema tieto huumeriippuvaisten ADHD-oireisten hoidosta	26
7.4	Päihdetyöntekijöiden kehittämisehdotukset ADHD-oireisten huumeriippuvaisten hoitoon	26
8	Tulosten tarkastelu	27
9	Pohdinta	31
9.1	Jatkotutkimusaiheet.....	34
9.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	34
	Lähteet	37
	Kuviot	42
	Taulukot	43
	Liitteet.....	44

1 Johdanto

ADHD aiheuttaa jo lapsuudessa herkemmin ongelmia sosiaalisissa suhteissa ja koulunkäynnissä. Hoitamattomana varhaiset ongelmat voivat johtaa syrjäytymiseen ystäväpiiristä, koulunkäyntiin liittyviin ongelmiin, epäsosiaalisuuteen, käytöshäiriöiden syntyyn ja päihteiden käyttöön. Lapsuudessa ja nuoruudessa esiintyvien psyykkisten oireiden ja häiriöiden varhaisella tunnistamisella sekä päihdeongelmille altistavien häiriöiden, erityisesti ADHD:n ja käytöshäiriöiden tehokkaalla hoidolla voidaan ehkäistä myöhemmän päihdehäiriön kehittymistä ja vähentää aikuisuuden päihdehäiriöiden riskiä. (Marttunen & von der Pahlen 2013: 2051, 2055.) Lisäksi ADHD sekä käytös- ja päihdehäiriöt ovat usein yhteydessä nuorten rikoskäyttäytymisen kanssa. Suomen lainsäädännön avulla pyritään huolehtimaan siitä, että nuoren rikoksentehtäjän prosessin käsittelyssä pystyttäisiin tunnistamaan sosiaalisen ja terveydellisen tuen tarpeet mahdollisimman varhain. (Kaltiala-Heino, Kaivosoja & Ritakallio 2006: 971, 972, 975.) Tästä huolimatta päihdehäiriöt ovat ADHD-oireisilla selvästi yleisempiä kuin muussa väestössä (Levy, Katusic, Colligan, Weaver, Killian, Voigt & Barbaresi 2014: 6; Niemelä, Leppämäki, Aalto, Rapeli, Holopainen, Tani & Lauerma 2010: 1213). Päihdehäiriöiden ja ADHD:n osoitetusta yhteydestä huolimatta päihdepalvelujärjestelmässä voi olla haasteellista nähdä päihdeongelmat osana laajempia ongelmakokonaisuuksia, joihin kiinnittyvät uudet hoidon tarpeet ja yhä syvempi syrjäytymiskehitys (Varjonen, Tanhua & Forsell 2014: 61).

Päihdehuollon hoitojärjestelmä koostuu terveyden- ja sosiaalihuollon erityis- ja yleistasonpalvelujärjestelmästä, jossa terveydenhuollon erityispalvelut koostuvat somaattisen- ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköistä sekä terveyskeskusten katkaisuhoidosta. Sosiaalihuollon osalta erityispalvelujärjestelmään kuuluvat taas pääsääntöisesti A-klinikat ja nuorisoasemat sekä katkaisuhuoltoasemat. (Mäkelä 2003a: 192; Päihdepalveluiden kehittäminen 2014.) Useat hoitamattomaan ADHD:hen liittyvät psykiatriset ongelmat ja liitännäissairaudet vaikuttavat merkittävästi ADHD:n kokonaiskustannuksiin. Oppimisen tukeen, perheenjäsenten terveyden- ja sosiaalihuollon kustannuksiin, työttömyyteen ja mahdolliseen syrjäytymiseen liittyvät menot lisäävät merkittävästi yhteiskunnallisia kustannuksia. Suomessa ADHD:n diagnosointi jää edelleen helposti tekemättä aikuisilla, vaikka ADHD:n varhaisella tunnistamisella ja pitkäjänteisellä hoidolla voidaan parantaa merkittävästi ADHD-oireisten elämänlaatua. (Adhd-liitto 2014.)

ADHD-liiton vuosina 2013-2015 toteutetun Porina projektin tarkoituksena on voimavarakeskeisen vertaistoiminnan kehitys ADHD-oireisille nuorille aikuisille ja aikuisille (ADHD-oireisten aikuisten vertaistukiprojekti 2014). Opinnäytetyö toteutettiin osana Porina-projektia, ja sen tarkoituksena oli kartoittaa päihdetyöntekijöiden näkemyksiä, kokemuksia ja

tietoja ADHD-oireisista aikuisista. Tarkoituksena oli tuoda ajankohtaista tietoa työelämän tarpeisiin päihdehuollon työntekijöiden mahdollisista koulutustarpeista ja -tarpeista.

Teoreettisen viitekehyksen osalta aihetta käsitellään ADHD:n esiintymisen, liitännäisoireilun, hoitomuotojen, lääkityksen ja sen päihteidenkäyttöön tuoman alttiuden kautta. Toive ADHD:hen liittyvän teoreettisen taustatiedon sisällyttämisestä viitekehykseen tuli ADHD-liitolta. Tämän lisäksi teoreettisen viitekehyksen rajautumiseen vaikuttivat aikaisemman näkemyksiä ja kokemuksia käsittelevän tutkimustiedon suppeus juuri huumeriippuvaisen ADHD-asiakkaan hoidosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden asenteista kertovat julkaisut, jotka käsittelivät ADHD ja päihdehuollon asiakkaita sisällytettiin mukaan viitekehykseen niiden ajankohtaisuuden vuoksi.

Opinnäytetyössä päihteet rajattiin tarkoittamaan ainoastaan huumausaineita, vaikka muissa yhteyksissä päihteiksi mielletään tämän lisäksi alkoholi, huumeet, tupakka sekä huumaavat lääkeaineet. Koska opinnäytetyö toteutettiin kahdessa erityyppisessä hoitoympäristössä, joissa huumeriippuvaisista käytettiin termejä asiakas ja potilas, päätettiin opinnäytetyössä käyttää pelkkää termiä asiakas aineiston selkeyden ja johdonmukaisuuden lisäämiseksi.

2 ADHD aikuisella

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (Moilanen 2012: 35). ADHD ilmenee tarkkaavuuden ongelmina, ylivilkkaavana ja impulsiivisuutena (Koski & Leppämäki 2013: 3155; Moilanen 2012: 35; Westerinen 2013: 2025) siinä määrin, että siitä koituu henkilön elämälle haittaa. Ominaispiirteinä ovat myös häiriöherkkyys sekä usein tunnesäätelyn vaikeudet (Westerinen 2013: 2025). Oireet alkavat lapsuusiässä ja osalla, keskimäärin noin puolella, ADHD-oireisista nuorista oirehdinta jatkuu aikuisiälle saakka (Koski & Leppämäki 2013: 3155; Leppämäki 2012: 253). Osalla ADHD-oireisista oireet kuitenkin lievennyvät aikuisikään tullessa (Leppämäki 2012: 255).

ADHD:n perimmäiset syyt ovat aivojen toiminnan häiriöissä. Tällaisia aivojen biologisia häiriöitä kutsutaan neuropsykiatrisiksi häiriöiksi. (Adler & Florence 2009: 34.) Aivojen välittäjäaineet auttavat viestien siirtymistä hermosolusta toiseen. Viestien kulkeminen vaikuttaa tarkkaavuuden kykyjen kehittymiseen ja toimimiseen. ADHD-oireisilla etenkin noradrenaliinin ja dopamiinin määrä ja tasapaino ovat poikkeavia. (Moilanen 2012: 37.) Näiden kahden välittäjäaineen määrä on ADHD-oireisen ihmisen aivoissa vähentynyt niissä kohdissa, joiden tiedetään säätelevän tarkkaavaisuutta ja impulssikontrollia (Adler & Florence 2009: 36).

ADHD-alttiudesta voidaan merkittävä osa, 60-90 prosenttia, selittää perintötekijöillä (Koski & Leppämäki 2013: 3157; Moilanen 2012: 37). ADHD:n periytyvyys liittyy luultavasti geneettisten tekijöiden ja ympäristön yhteisvaikutukseen (Westerinen 2013: 2026). Äidin raskaudenaikaisella alkoholin tai huumeiden käytöllä, stressillä sekä tupakoinnilla on ADHD:n riskiä lisäävä vaikutus etenkin niillä, jotka ovat sille geneettisesti alttiita. Myös synnytykseen liittyvät traumat, hyvin pieni syntymäpaino, vastasyntyneen hapen puute sekä veren matala glukoosipitoisuus ovat riskitekijöitä ADHD:n syntymiselle. (ADHD 2013.) Lapsuus- ja nuoruusajan jälkeen elinympäristöllä sekä elämässä tehdyillä valinnoilla on vaikutusta siihen, minkälaiseksi ADHD:n oireet muodostuvat (Moilanen 2012: 37). ADHD:n aiheuttajina eivät kuitenkaan ole kasvatukselliset tekijät (Koski & Leppämäki 2013: 3157).

Aikuisten ADHD:n esiintyvyydeksi on arvioitu 3-5 %, sen ollen siten varsin yleistä (Koski & Leppämäki 2013: 3155; Leppämäki 2012: 253). Suomessa, kuten muuallakin Euroopassa ADHD:n diagnosointiin käytetään ICD-10 - kriteereitä (Moilanen 2012: 35; Koski & Leppämäki 2013: 3156). ICD-luokitus on uudistumassa ja uusien ICD-11-kriteerit ovat työn alla (WHO 2014). Muita diagnostisia tutkimuksia ei ole, vaan ADHD on oirediagnoosi, johon vaaditaan ICD-kriteerien täyttyminen (Westerinen 2013: 2025). Oirekriteereitä on keskittymiskyvyttömyyden eli tarkkaamattomuuden, hyperaktiivisuuden eli yliaktiivisuuden ja impulsiivisuuden osa-alueilla (Moilanen 2012: 40). Koska ICD-10 on tautiluokitus, puhutaan diagnoosia tehdessä oi-

reista. Samoista asioista voisi hyvin käyttää toisesta näkökulmasta katseltuna sanaa piirre. Oireita tuleekin hoitaa vasta kun niistä on toimintakyvylle merkittävää haittaa ja haittaavuus on edellytyksenä ADHD:n diagnosoinnille. Aikuisen ADHD:ta diagnosoitaessa tarkastellaan henkilön historiaa, sillä ADHD:n oireet ovat täytyneet ilmetä jollakin tavoin jo lapsuudesta alkaen. (Leppämäki 2012: 255.)

2.1 Liitännäishäiriöt

ADHD altistaa ihmisen erilaisille liitännäishäiriöille. ADHD-oireisilla aikuisilla erilaiset mielialahäiriöt, kuten depressio tai kaksisuuntainen mielialahäiriö tai ahdistuneisuushäiriöt, kuten sosiaalisten tilanteiden pelko ja paniikkihäiriö ovat yleisiä. (Leppämäki 2012: 264.) Myös ADHD ja erilaiset oppimisvaikeudet esiintyvät usein yhdessä. Ruotsissa tehdyssä väestöpohjaisessa tutkimuksessa jopa 40 %:lla ADHD-oireisista lapsista oli lukivaikeuksia. (Närhi 2011.)

Vuonna 2006 ADHD:n ja autismikirjon häiriön yhtäaikainen esiintyvyys oli 31 prosenttia (Moilanen 2011). Yhtäaikainen esiintyvyys on yleistynyt, minkä osaltaan arvellaan selittyvän diagnoosien aiempaa herkemällä samanaikaisella asettamisella (Moilanen 2011), vaikka nykyinen tautiluokitus ei salli ADHD:n ja autismikirjon häiriöiden diagnoosien samanaikaista esiintymistä (Moilanen, Mattila, Loukusa & Kielinen 2012: 1453). Autismikirjon häiriöt ovat ryhmä häiriöitä, joiden pääoireistoon kuuluu sosiaalisen vuorovaikutuksen sekä kommunikaation poikkeavuuksia ja rajoittuneita, kaavamaisia tai toistuvia käytöstapoja, kiinnostuksen kohteita ja toimintoja (Moilanen 2011).

ADHD:lla on myös vahva yhteys rikollisuuteen, sillä ADHD ennustaa rikollista aktiivisuutta nuoruudessa sekä varhaisaikuisuudessa (Moilanen & Raevuori 2011). ADHD:n ja sen liitännäishäiriöiden hoitaminen on tulevaisuuden haaste, sillä hoidolla saattaa olla merkitystä uusintarikollisuudelle (Lauerma 2014). Lapsuuden ja nuoruuden ADHD liittyy käytöshäiriöihin ja päihdehäiriöihin. Käytöshäiriöt ovat jatkuvasti sosiaalisia normeja ja muiden perusoikeuksia rikkovaa käytöstä, johon liittyy toistuva epäsosiaalinen, aggressiivinen tai uhmakas käytös. (Marttunen & von der Pahlen 2013: 2052.) Lapsuusiän ADHD:n ja siihen usein liittyvät käytöshäiriöt altistavat persoonallisuushäiriöille, erityisesti epäsosiaaliselle persoonallisuudelle (Marttunen, Eronen & Henriksson 2014a). Epäsosiaalinen persoonallisuus on ennen 15 vuoden ikää alkava häiriö, jolle on ominaista paatunut piittaamattomuus ja välinpitämättömyys toisten tunteista ja sosiaalisista velvollisuuksista. Henkilö, jolla on epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö, turhautuu helposti ja kynnys uhkaavalle käytökselle ja väkivallalle on matala, eikä hän tunne helposti syyllisyyttä tekemistään teoista tai ota opikseen esimerkiksi vankilarangaistuksista. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2014b.)

Jopa 15-40 %:lla (Koski & Leppämäki 2013: 3155; Leppämäki 2012: 264; Niemelä ym. 2010: 1213) tai jopa puolella (Adler & Florence 2009: 49) ADHD-oireisesta aikuisesta ilmenee myös jossain vaiheessa elämäänsä päihdehäiriöitä, millä tarkoitetaan päihteen haitallista käyttöä tai päihderiippuvuutta (Leppämäki 2012: 261-264). Päihderiippuvuutta voidaan määritellä pakonomaiseksi käyttäytymiseksi, jossa kemiallisten aineiden käytön hallitseminen ja lopettaminen on vaikeaa. Pitkäaikainen ja toistuva päihteen käytölle altistuminen johtaa korkean toleranssin syntyyn ja siten myös altistaa päihderiippuvuuden kehittymiselle. Psykkiset ja fyysiset vieroitusoireet vaikeuttavat päihteenkäytön lopettamista. Riippuvuuden ulottuvuudet vaikuttavat elämänhallintaan, hyvinvointiin, elämän tärkeysjärjestyksiin kuin myös sosiaalisiin suhteisiin. Riippuvuudelle tyypillistä on käyttäjän himo päihteen vaikutuksia kohtaan. (Holmberg 2010: 39.) Subjekttiivisen mielihyvän, kuten mielialan kohoaminen tai ahdistuksen lievittyminen tekijänä vahvistavat riippuvuuskäyttäytymistä (Dahl & Hirschovits 2002: 271). Päihteenkäyttäjät ovat selittäneet riippuvuutta ikään kuin jonkin asian korjaamisena tai lääkitsemisenä päihteen avulla. Persoonallisuuden tai kehon toimintojen koettuja vajaavaisuuksia helpotetaan kemiallisten aineiden avulla, sillä ne luovat eheyden kaltaisen tunteen. Tämän kuvauksen kautta päihdettä ei nähdä riippuvuuden kohteena vaan ennemminkin sen osana. (Holmberg 2010: 44.) ADHD:n tai muun mielenterveyshäiriön ilmenemistä yhdessä päihdehäiriön kanssa kutsutaan kaksoisdiagnoosiksi (Adler & Florence 2009: 46). Näillä potilailla päihdehäiriö tulisi hoitaa ensimmäisenä (Niemelä ym. 2010: 1215; Adler & Florence 2009: 50; Leppämäki 2012: 264).

2.2 ADHD:n lääkkeettömät hoitomuodot

ADHD:n hoidossa käytetyt lääkkeettömät hoidot tukevat lääkehoitoa ja keskittyvät yleensä johonkin tiettyyn oirealueeseen (Leppämäki 2012: 265). Hoito perustuu vaikeuksien kartoittamiseen ja asetettujen tavoitteiden toteuttamiseen ja niiden saavuttamisen seurantaan (Koski & Leppämäki 2013: 3161). Lääkkeettömiä hoitoja ja kuntoutusmuotoja ADHD:n hoidossa ovat esimerkiksi neuropsykologinen kuntoutus, yksilö- tai ryhmämuotoinen neuropsykiatrinen valmennus, joka tunnetaan myös nimellä coaching (Koski & Leppämäki 2013: 3160), toimintaterapia, sopeutumisvalmennuskurssi ja vertaistukiryhmät. (Leppämäki 2012: 265.) Neuropsykologinen kuntoutus on kuntoutuksen muoto, jonka tarve ja yleiset tavoitteet määritetään neuropsykologin tekemien tutkimusten perusteella. Yksityiskohtaisemmat tavoitteet määritellään aina yksilökohtaisesti ja niiden toteutumista seurataan koko kuntoutuksen ajan. Neuropsykologiseen kuntoutukseen kuuluu kognitiivisia harjoitteita, käyttäytymisohjeiden hallintataitojen harjoittelua, psykoedukaatiota eli neuvontaa ja ohjausta sekä psyykkistä ja psykososiaalista tukea. (Psykologian tieteellinen neuvottelukunta 2012: 210.) Toimintaterapian lähtökohtana on toimintaterapeutin ja ADHD-oireisen asiakkaan yhdessä tekemä kartoitus toiminnallisista valmiuksista, vahvuuksista ja ongelma-alueista päivittäisessä elämässä. Toimintaterapiassa

kehitetään arkielämän valmiuksia ja taitoja yksilö- tai ryhmämuotoisissa tapaamisissa. (Puustjärvi 2011.) Neuropsykiatrinen valmennus on tavoitteellista ja suunnitelmallista käytännönläheistä toimintaa kuntoutujan voimavaroja ja vahvuuksia hyödyntäen, jossa lähtökohtana on asiakkaan tuen tarve (Kallio-Laine 2013). Aikuisilla lääkehoito on kuitenkin varsin keskeinen osa hoitoa (Leppämäki 2012: 265). Lääkehoito saattaa parantaa myös edellä mainittujen lääkekeittömien hoitomuotojen toimivuutta (Koski & Leppämäki 2013: 3160).

2.3 Lääkehoito

Metyylifenidaatti on yleisin ADHD-oireisten aikuisten hoidossa käytetty lääke (Lahti, Leppämäki, Partonen & Tani 2008). Metyylifenidaatti on psykostimulantti ja se lievittää oireita vaikutuksensa ajaksi. Hoidollisina annoksina se ei aiheuta riippuvuutta ja lääkehoidosta voidaan halutessa pitää välipäiviä. (Koski & Leppämäki 2013: 3160.) Nykyään suositaan etenkin pitkävaikutteisia valmisteita, jolloin lääkettä ei tarvitse ottaa useita kertoja päivässä. Kerran päivässä otettava lääke antaa paremmat edellytykset lääkehoidon onnistumiselle. ADHD-oireiselle voi tuottaa hankaluuksia muistaa ottaa lääke useasti päivässä. (Lahti ym. 2008.) Metyylifenidaattihoidon on todettu parantavan vireystilaa ja sillä on ADHD:n hoidossa suotuisa vaikutus aloite- ja keskittymiskykyyn sekä tarkkaavuuteen (Lahti ym. 2008).

ADHD:n hoidossa käytettävistä stimulanteista on erityisluvalla saatavissa deksamfetamiini, joka on amfetamiinijohdannainen. Sillä voidaan hoitaa ADHD-oireisia henkilöitä, joille metyyllifenidaatti ei haittavaikutusten tai tehonpuutteen vuoksi sovi. (Koski & Leppämäki 2013: 3160.) ADHD:n lääkehoidossa käytettäviä psykostimulantteja on mahdollista käyttää päihitysmystarkoituksessa (ADHD ja lääkkeiden määrääminen 2014; Leppämäki 2012: 264). Etenkin deksamfetamiini lääkityksen aloituksessa on syytä käyttää harkintaa, sillä riski sen käyttämiinseen päihteenä on selvästi muita ADHD-lääkkeitä suurempi (Koski & Leppämäki 2013: 3160). Päihteen väärinkäyttäjällä stimulanteista tulee yleensä osa päihdeongelmaa (Leppämäki 2012: 264), jonka vuoksi ADHD:n hoitoon tarkoitetun lääkityksen oikeassa annoksessa pitäytyminen on haastavaa (ADHD ja lääkkeiden määrääminen 2014).

Pitkäaikaisesta metyyllifenidaattilääkehoidosta aikuisilla on niukasti tutkimuksia (Lahti ym. 2008: 742), mutta lääkeluokituksessa huumausaineeksi lasketun metyyllifenidaatin käytön ei ole todettu lisäävän päihdehäiriön syntymisen riskiä. Sen käytössä on kuitenkin pidettävä varovaisuutta, jos henkilöllä on aiemmin todettu päihdehäiriö. (Leppämäki 2012: 266.) ADHD:ta hoidettaessa on tärkeää kartoittaa huolellisesti aikaisempi päihdehistoria (Niemelä ym. 2010: 1216.), sillä päihdeongelmaisia asiakkaita hoidettaessa on päihderiippuvuus ADHD:n stimulanttihoitoon vasta-aihe (Koski & Leppämäki 2013: 3159; Lehtokoski 2012: 279; Niemelä ym. 2010: 1216). Kuitenkin kaikkiin stimulantteihin liittyy päihdekäytön, muun väärinkäytön sekä

riippuvuuden riski, mikä on aina otettava huomioon lääkehoitoa suunniteltaessa (Mariani & Levin 2007: 11; Pihlajamäki 2014).

Amfetamiinin ja amfetamiinijohdannaisten käyttö päihtymistarkoituksessa saattaa aiheuttaa käyttäjälle vieroitusoireita, jotka itsessään muistuttavat ADHD:n oireistoa. Terveystieteiden ammattilaisten tulee ottaa huomioon ADHD-asiakkaan lääkitystä suunniteltaessa ja arvioi-
dessa päihdehäiriön mahdollisuus, sillä päihderiippuvaiset asiakkaat saattavat hakea stimu-
lanttilääkkeitä päihteiden käyttöön liittyvän elämäntavan ylläpitämiseksi. (Leppämäki 2012: 264; Niemelä ym. 2010, 1216.) Stimulanttilääkehoidolla ei ole päihteiden käyttöä vähentävää vaikutusta. (Pirkola, Lepistö, Strandholm & Marttunen 2007: 15). Ruotsalaisessa sosiaalihuol-
tuksen raportissa on todettu, että useilla metyyli-fenidaattihoitoa saavilla aikuisilla esiintyy samanaikaista huumausaineiden tai rauhoittavien lääkevalmisteiden, erityisesti bentsodiatsepiinien käyttöä (Reiman-Möttönen, Kiura & Mäkelä 2014: 22).

Myös atomoksetiinia käytetään ADHD-oireiden hoidossa. Atomoksetiini ei ole psykostimulantti ja sen vaikutus perustuu noradrenaliinivälitteiseen hermotoimintaan. (Leppämäki 2012: 266.) Atomoksetiini on ainut ADHD-lääkevalmiste EU-alueella, jonka virallisena käyttöaiheina on aikuisten ADHD:n hoito (Koski & Leppämäki 2013: 3160). Atomoksetiini saattaa soveltua erityisen hyvin varsinkin päihderiippuvaisen ADHD-asiakkaan lääkehoitoon (Knutson & O'Malley 2010: 600; Mariani & Levin 2007: 11; Pirkola ym. 2007: 16), sen riippumattomuutta aiheuttavan vaikutuksen vuoksi (The DAWN report 2006: 1).

Epäiltäessä stimulanttilääkityksen väärinkäyttöä voidaan ADHD:n lääkehoidossa siirtyä käyttämään bupropionia, venlafaksiinia tai muuta depressiolääkettä (Knutson & O'Malley 2010: 600; Mariani & Levin 2007: 11; Pirkola ym. 2007: 16). Näistä bupropionin on ainakin lyhyellä aikavälillä todettu lievittävän ADHD:n oireita (Leppämäki 2012: 266).

3 ADHD ja yhtäaikainen päihdehäiriö

ADHD altistaa erilaisten riippuvuuksien kehittymiselle ja näistä päihdehäiriöt ovat varsin yleisiä (Lehtokoski 2012: 278). Alttius kattaa sekä satunnaisen päihteiden käytön että päihderiippuvuudet (Raevuori 2012: 217). Päihdehäiriön kehittymisen todennäköisyyttä lisää tunnistamaton (Leppämäki 2013) ja etenkin nuoruudessa hoitamattomaksi jäänyt ADHD (Niemelä ym. 2010: 1216). Nopea kyllästyminen, vaihtelunhalu, kärsimättömyys, elämänhakuisuus sekä sisäinen ja ulkoinen levottomuus voivat johdattaa ADHD-oireisen nopeita mielihyvää tuottavien toimintojen pariin, kuten päihteiden käyttöön (Leppämäki 2013). Huumeilla tarkoitetaan keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä kuten bentsodiatsepiineja, buprenorfiinia sekä erilaisia huumeita, kuten hallusinogeeniä, stimulantteja, opiaatteja ja uudempia synteettisiä huumeita (Raevuori 2012: 217).

Suomessa päihteiden ongelmakäyttöä esiintyy yleisimmin sekakäyttönä (Dahl & Hirschovits 2002: 264; Forsell & Nurmi 2015: 1; Niemelä ym. 2010: 1215). Yli puolella (57 %) päihdehuollon huumeasiakkaista vuonna 2014 oli vähintään kolme ongelmapäihdettä. Yleisimpien ongelmapäihteiden joukossa olivat opioidit (78 %), stimulantit (48 %), kannabis (47 %), rauhoittavat lääkkeet (47 %) ja alkoholi (32 %). (Forsell & Nurmi 2015: 8.) Sekakäytöllä tarkoitetaan samanaikaista, sattumanvaraista tai peräkkäistä eri päihteidenkäyttöä. Tavallisimpia sekakäytön muotoja ovat alkoholin, lääkkeiden tai huumeiden yhtäaikainen käyttö. (Havio, Inkinen & Partanen 2008: 64.) Eritoten viime vuosina päihteiden sekakäyttö on yleistynyt nuorten aikuisten ja miessukupuolen keskuudessa (Havio ym. 2008: 64). Vuonna 2014 yli puolet (66 %) päihdehuollon huumeasiakkaista oli miespuolisia ja heistä valtaosa (61 %) 20-34-vuotiaita. Suomessa vuoden 2010 jälkeen huumeidenkäytön asema on vahvistunut erityisesti nuorten kaupunkilaisten juhlintatavoissa, viihdekäytössä ja alkavan päihteidenkäyttöön liittyvän syrjäytymisen kehityksessä (Varjonen ym. 2014: 33-34).

Suomessa stimulanteista käytetään pääasiassa amfetamiinia. Stimulanteiksi luetellaan amfetamiinin lisäksi esimerkiksi MDMA eli ekstaasi ja kokaiini. (Forsell & Nurmi 2015: 9.) Stimulanteilla pyritään hakemaan vastapainoa masennuksen ja mitättömyyden olotiloille. Yleistä amfetamiinijohdannaisille huumausaineille on niiden nopean fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden kehittyminen. (Havio ym. 2008: 85-86.) Lähes kaikki Suomessa viime vuosina esiintynyt opiaattien käyttö on tapahtunut synteettisten, lääkeopioidien muodossa. Näitä ovat muun muassa buprenorfiini ja metadoni. (Forsell & Nurmi 2015: 5-6.) Opiaattien voimakkaan kipua lievittävän, analgeettisen ominaisuuden, hyvänolon tunteen ja euforian vuoksi ovat ne levinneet alkuperäisen lääkinnällisen käytön lisäksi katukauppaan. Riippuvuuden ja sietokyvyn synty opiaateilla on nopeaa, vieroitusoireet ilmenevät voimakkaina ja tarve aineen käytölle on pakonomaista. (Havio ym. 2008: 89.)

Huumehakuisuudessa psykoosi-, neuroosi- sekä unilääkkeitä käytetään päihdyttäviin tarkoituksiin, mutta sen lisäksi niitä käytetään usein myös muiden päihteiden vaikutusten lieventämiseen tai tehostamiseen (Forsell & Nurmi 2015: 10; Varjonen ym. 2014: 33). Päihtymystarkoituksessa lääkkeitä käytetään keskushermostoa lamaavan vaikutuksen vuoksi. Lisäksi ne lievittävät jännitystä, rentouttavat ja rauhoittavat. Isoina annoksina ne aiheuttavat käyttäjälle eriläisiä päihtymys- ja tokkuratiloja aina tajuttomuuteen asti. Myös bentsodiatsepiinien käyttö kehittää psyykkisen ja fyysisen riippuvuuden ja sietokyky lääkelle syntyy nopeasti. (Havio ym. 2008: 80-81.)

3.1 ADHD:n tuoma alttius päihteidenkäyttöön

Mariani ja Levin (2007: 11) kuvaavat tutkimuksessaan, että ADHD-oireisilla voidaan päihteidenkäyttöä osittain selittää myös ADHD-oireiden niin sanottuna itsehoitona, jolloin päihteen avuin pyritään lievittämään omaa pahaa oloa (Pirkola ym. 2007: 7) ja sisäistä levottomuutta (Lehtokoski 2012: 278; Leppämäki 2013). Huumeiden avulla pyritään rauhoittamaan mieltä ja parantamaan keskittymiskykyä. Päihteet antavat ADHD-oireiselle tavoittelemisen arvoisen hyvän olon tunteen, joka kuitenkin jossain vaiheessa aiheuttaa riippuvuuden varsinkin kun tiedetään, että päihderiippuvuuden synty ADHD-oireisella tapahtuu muuta väestöä helpommin. (Lehtokoski 2012: 278; Leppämäki 2013.) Lynskey ja Hall (2001: 816) saivat katsouksessaan samankaltaisia tuloksia kokaiinin käytöstä ADHD-oireiden itsehoitona. Kayen, Darken ja Torokin (2012: 926) mukaan aikuisilla ADHD-oireisilla huumeriippuvaisilla säännöllinen alkoholin, kannabiksen ja amfetamiinin käyttö alkaa huomattavasti nuoremmalla iällä verrattuna pelkkään huumeriippuvaisten verrokkiryhmään. Tämä viittaa siihen, että ADHD:n varhaisella tunnistamisella, oikeanlaisen tuen ja tarvittavan lääkityksen antamisella jo lapsuudessa saatetaan ennaltaehkäistä myöhemmän päihdeongelman syntyä (Lehtokoski 2012: 278). Lisäksi Biederman, Monuteaux, Spencer, Wilens, MacPherson & Faraone (2008: 597) sekä Pirkola ym. (2007: 15) tuovat julkaisuissaan ilmi, että nuorella iällä aloitetulla stimulanttilääkityksellä ei ole nähty olevan vaikutusta myöhemmän päihdehäiriön syntyyn.

Kayen ym. (2012: 923, 928) tekemässä tutkimuksessa lähes puolella (45 %) tutkimukseen osallistuneista aikuisista huumeidenkäyttäjistä esiintyi oireistoa, joka liittyi ADHD:hen. Heistä selvästi yli puolet (88 %) kertoi oireiden olevan yhteneviä heidän normaalin käyttäytymisen kanssa, eikä oireilla ollut yhteyttä huumeidenkäytön kanssa. Vain 17 %:lla tästä ryhmästä ADHD oli diagnosoitu aikaisemmin. ADHD:hen viittaavien oireiden huomaamaton vallitsevuus, vähempi ilmiselvyys ja täsmällisyys saattavat sekoittaa vahingossa akuutin tai kroonisen huumeidenkäytön vaikutuksiin ja siten myötävaikuttaa ADHD:n alidiagnosiin. Päihderiippuvaisen ADHD-asiakkaan hoito vaatii moniammatillista yhteistyötä päihde- ja psykiatrian alan asiantuntijoiden välillä (Koski & Leppänen 2013: 3159), sillä ADHD:n yhteydessä esiintyvän päihdeongelman tutkiminen ja hoidon tarpeen arviointi on haastavaa (Leikauf & Ivanov 2013: 29; Niemelä ym. 2010: 1216). Päihteen käyttöön liittyvät vieroitusoireet saattavat esiintyä päällekkäin ADHD-oireiden kanssa ja vaikeuttaa siten erotusdiagnostiikkaa (Koski & Leppänen 2013: 3159).

4 Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden asenteet ja tiedot ADHD-oireisten ja huumeriippuvaisten aikuisten hoidosta

Päihdeasiakkaisiin ja heidän hoitoonsa suhtautuminen ei ole yhdenmukaista, sillä työntekijöiden kielteiset asenteet vaikuttavat usein päihdeasiakkaiden huonoon kohteluun sekä parhaan mahdollisen ammattitaitoisien hoidon saamattomuuteen (Koivisto, Heinälä, Helminen & Seppä

2013: 2927). Vastaanotolle hakeutumista on nähty vähentävän merkittävästi päihdeasiakkai-
siin kohdistuva tyly kohtelu, pitkät odotusajat ja hoidon huono jatkuvuus (Seppä 2003: 93).
Terveystenhuollon ammattilaisten asenteista on niukasti tutkimustietoa, vaikka hoitosuhde ja
sen laatu ovat tärkeitä tekijöitä hoidon onnistumiselle (Koivisto ym. 2013: 2927). Erityisesti
monipuolisten hoito-ohjelmien ja diagnosoinnin kehittäminen on vaikeaa hoitojärjestelmän
jakautuessa psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon erityispalveluiden kesken. Asi-
akkaan toisen erikoisalan alle kuuluville ongelmille ummistetaan helposti silmät tai niitä jopa
vähätellään (Mäkelä 2003b: 189), vaikka hoidon kokonaisvaltaisuus on tärkeää.

Suomalaisessa tutkimuksessa lääkäreistä lähes kolmasosa mielsi potilaiden olevan itse syyllisiä
päihdesairauteen ja olevan vastuussa sen olemassaolosta (Koivisto ym. 2013: 2927). Lääkärit
kokivat kuitenkin päihdeongelman hoidon toimenkuvaansa kuuluvaksi (Seppä 2003: 92). Erityi-
sesti päihdelääketieteeseen erikoistuneiden lääkäreiden asenteet päihteitä käyttäviä potilaita
kohtaan on todettu pääosin myönteisiksi, kohtelun ammatilliseksi ja hoidon toteutuvan yleis-
ten eettisten normien mukaisesti, vaikka päihdepotilaiden koettiin olevan usein tai lähes aina
hyvin hankalia hoidettavia (Koivisto ym. 2013: 2923, 2927). Myös mielenterveystyöntekijöiden
asenteita tutkittaessa ilmeni, että kaiken kaikkiaan heillä oli hyväksyvät ja avarat asenteet
päihteitä kohtaan (Pinikahana, Happell & Carta 2002: 57; Richmond & Foster 2003: 399), eikä
yleisesti tehty stereotyyppisiä johtopäätöksiä päihteitä väärinkäyttävistä mielenterveyspalve-
lujen asiakkaista (Richmond & Foster 2003: 399). Suurin osa mielenterveystyöntekijöistä
omasi positiiviset näkemykset hoitointerventioista ja nähtiin, että huume- ja alkoholiriippu-
vuus on hoidettavissa oleva sairaus, vaikka huumeriippuvaisten kanssa työskentely koettiin
usein epämiellyttäväksi (Pinikahana ym. 2002: 57, 62).

Tästä poiketen muulla terveydenhuollon henkilöstöllä on usean tutkimuksen mukaan nähty
olevan pessimistisiä ja kielteisiä asenteita päihdeongelmaisista kohtaan. (Seppä 2003: 92.) Riit-
tämätön asiantuntemus päihdepotilaiden arvioinnista ja hoidosta saattaa lisäksi vaikuttaa
työntekijöiden negatiiviseen suhtautumiseen päihdepotilaita hoidettaessa (Pirkola ym. 2007:
18). Henkilökunnan omien tunnistamattomien asenteiden on nähty olevan kiireen, turhautu-
misen ja tiedon puutteen lisäksi osasyynä päihdepotilaisiin negatiivisena suhtautumisena
(Seppä 2003: 93).

Martinsonin ja Tangin (2010: 424, 428) tutkimuksessa todettiin, että tutkimukseen osallistu-
neista terveydenhuollon työntekijöistä (Family nurse practitioners) suurin osa piti aikuisen
ADHD:ta vaurioittavana sairautena, joka vaatii aina oikeanlaista hoitoa. Yli puolet vastan-
neista kertoi henkilökohtaisten näkemysten vaikuttavan käytännön hoitoon ja terapeutiseen
hoitosuhteeseen potilaiden kanssa. Lisäksi työntekijät huomasivat lähes kolmanneksella kolle-
goistaan olevan ennakoasenteita ADHD-potilaiden hoitoa kohtaan. Myös lääkäreiden koettiin
omaavan samantyyppisiä leimaavia uskomuksia ja asenteita ADHD:ta kohtaan (Fuermaier,

Tucha, Koerts, Mueller, Lange & Tucha 2012: 9). Riittämättömät tiedot ja huonot käytännön taidot vaikuttavat negatiivisiin asenteisiin päihdeongelmaisia kohtaan. Asenneilmapiirissä esiintyvien ongelmien tunnistaminen työyhteisössä on tärkeää. Asenneilmapiirin muuttamiseen työntekijöiden keskuudessa voidaan pyrkiä tietoa lisäämällä. (Seppä 2003: 94.) Pelkkä tiedon lisääminen lyhyiden luentojen avuin ei kuitenkaan riitä, vaan terveydenhuollon henkilöstön peruskoulutukseen tulisi sisältyä hyvien kommunikointitaitojen opiskelua, jotka ovat tärkeässä asemassa päihdeongelmaisia kohdatessa (Seppä 2003: 93).

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa päihdehuollontyöntekijöiden näkemyksiä, kokemuksia ja tietoja huumeriippuvaisista ADHD-oireisista aikuisista ja heidän hoidostaan terveyden- ja sosiaalihuollon erityispalvelujärjestelmässä pääkaupunkiseudulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda hyödynnettävää tietoa ADHD-liitolle ja kartoittaa päihdehuollontyöntekijöiden tietoja ja taitoja ADHD-oireisten huumeriippuvaisten aikuisten hoidosta. Saatujen tulosten myötä oli tarkoituksena tuoda tietoa päihdetyöntekijöiden koulutustoiveista ja -tarpeista työelämän tarpeisiin.

Tutkimustehtävästä kartoittaa päihdehuollon työntekijöiden näkemyksiä ja tietoja huumeriippuvaisten ADHD-oireisten aikuisten hoidosta muodostui seuraavat kolme tutkimuskysymystä:

1. Millaisia näkemyksiä ja kokemuksia päihdetyöntekijöillä on hoitoa edistävästä tekijöistä ja ongelmakohdista?
2. Millaista tietoa päihdetyöntekijät kokevat omaavansa huumeriippuvaisen ADHD-oireisen aikuisen hoidosta?
3. Minkälaisia kehittämisehdotuksia päihdetyöntekijöillä on ADHD-oireisten huumeriippuvaisten hoitoon?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimus

Tutkimuksellisen lähestymistavan valinta ei syntynyt tyhjästä, vaan valintaa määrittä lähestyttävä tutkimuskysymys sekä olemassa olevan tiedon määrä. Kvalitatiiviset eli laadulliset tutkimusmenetelmät sopivat silloin, kuin tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja saada syvälinen kuvaus tutkimusilmiöstä tai kun tutkittavasta ilmiöstä saatavilla oleva tieto on vähäistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 60.) Laadullisen tutkimuksen merkitys hoitotyölle ja -tieteelle on moninainen. Terveiden ja sairauden kokemuksista, hoitokokemuksista ja ihmisten niille antamista merkityksistä tarvitaan tietoa, jotta tarjottavaa neuvontaa

tai toimintaa voidaan kehittää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 57). Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on lisätä tietämystä tutkittavasta ilmiöstä tai tapahtumasta, ymmärtää tiettyä toimintaa tai antaa teoreettisesti mielekäs tulkinta tutkittavalle ilmiölle. Jotta tähän pyrkimykseen päästään on tutkimuksen kannalta oleellista se, että tutkittavilta ihmisiltä löytyy mahdollisimman paljon kokemusta ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 85.)

Laadullinen tutkimus kattaa laajan kirjon erilaisia tutkimusotteellisia lähestymistapoja, jotka monin tavoin voivat olla myös osaltaan päällekkäisiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 49). Tässä opinnäytetyössä tutkittavaa ilmiötä lähestyttiin fenomenologista tutkimusotetta mukaillen. Fenomenologiselle tutkimukselle tyypillisesti keskeisin ja mielenkiintoisin tutkimuskohde on ihmisen kokemus (Virtanen 2006: 152). Ihmisen kokemuksellinen suhde maailmaan on intentionaalinen. Intentionaalisuudella tarkoitetaan sitä, että kaikki kokemamme merkitsee meille jotain. Kokemuksia tutkimalla, väistämättä tutkitaan myös kokemusten merkityssisältöä ja niiden rakennetta. (Laine 2015: 31). Ihmisen subjektiivisten kokemusten eli mielessä rakentuneiden merkityksien, kuten havaintojen, tunne-elämyksien, mielikuvien, kuvitelmien, uskomuksien, mielipiteiden, käsityksien ja arvoituksien ymmärtämiseen pyrkiminen on aina ollut fenomenologisen tutkimuksen lähtökohta. (Virtanen 2006: 157).

Fenomenologisessa lähestymistavassa tutkimus aloitetaan tyypillisesti oman spontaanin ymmärryksen kyseenalaistamisella. Tutkijan kriittinen asenne ja reflektiivisyys toimivat tutkimukselliselle tasolle pääsyn apukeinoina. Jotta tutkijan ymmärtämistä voidaan nimittää tutkimukseksi, tulee tutkijan päästää irti omista ennakkoluuloistaan ja juurtuneista tavoista ymmärtää toista ihmistä. Tulkintoja tehdessä tutkijan tulee pysähtyä miettimään sitä, mitä toinen ihminen ilmaisullaan haluaa kertoa. Tulkinnoissa tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään toisen ihmisen omaa erityislaatuista koettua suhdetta johonkin asiaan. (Laine 2015: 36.)

6.2 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Laadullisen tutkimuksen kaksi keskeisintä tiedonhankinnan menetelmää ovat haastattelu ja havainnointi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 93). Tämän lisäksi myös kyselyin kerätty aineisto ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto ovat yleisesti käytössä niin laadullisen kuin määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelminä. Yllämainittujen menetelmien käyttöä vaihtoehtoisesti, rinnakkain tai eritavoilla yhdistellen voidaan soveltaa tutkittavan ilmiön mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 71.) Laadulliselle tutkimukselle tyypillisenä piirteenä on ihmisen suosiminen tiedon keruun instrumenttina. Tällöin tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja tutkittavan kanssa käytyihin keskusteluihin kuin erilaisilla mittausvälineillä hankittuun tietoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013: 164.)

Haastattelua voidaan pitää eräänlaisena laadullisen tutkimuksen perusmenetelmänä, jonka käyttöä voidaan soveltaa monissa tilanteissa (Metsämuuronen 2006: 113). Haastattelu on päämäärähakuista toimintaa, jonka tarkoituksena on informaation kerääminen (Hirsjärvi & Hurme 2009: 42) sekä tutkittavan näkökulmien ja äänen esille pääseminen (Hirsjärvi ym. 2013: 164). Tiedon hankinta tapahtuu tutkittavan ja tutkijan välisen vuorovaikutuksellisen keskustelun avulla, jossa tutkijan tehtävänä on oman toiminnan avulla edes auttaa keskustelun kulkua (Järvinen & Järvinen 2004: 146). Oleellista haastattelulle on se, että tutkittavasta ilmiöstä saadaan mahdollisimman paljon hyödynnettävää tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2009: 73).

Haastattelun etuina ovat ennen kaikkea sen luoma mahdollisuus tiedonhankintaan itse tilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 2009: 34). Haastattelun joustavuus mahdollistaa tarvittaessa kysymysten uudelleen esittämisen, väärinkäsityksien oikaisemisen ja ilmaistujen sanamuotojen selventämisen. Samaa mahdollisuutta ei ole esimerkiksi kyselyin toteutetun aineistonkeruussa. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 73.) Toisaalta monia haastattelun tuomia etuja voidaan pitää myös ongelmoina. Haastattelun tuoma joustavuus vaatii aineistoa kerätessä tutkijalta taitoa ja kokemusta toimia haastattelutilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajaa myötäillen. Tämän lisäksi haastattelu vaatii haastattelijan rooliin etukäteen perehtymistä ja koulutautumista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010: 205-206.)

Koska opinnäytetyössä tarkoituksena oli selvittää pääkaupunkiseudulla toimivien päihdevieroitusyksiköiden työntekijöiden näkemyksiä, kokemuksia ja tietoja tutkittavasta ilmiöstä, oli tutkimus luontevaa toteuttaa haastattelumenetelmin. Haastattelu soveltuu erityisesti tilanteisiin, joissa halutaan selvittää tutkimuskohteen ajatuksia, tunteita, uskomuksia tai kokemuksia (Hirsjärvi ym. 2013: 185). Haastattelumenetelmän valintaan vaikutti oleellisesti myös tutkimus ilmiötä käsittelevän aikaisemman tutkimustiedon suppeus, joka Hirsjärven ym. (2010: 205) mukaan on yksi aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikuttavista tekijöistä.

Haastattelujen luokituksessa voidaan käyttää monia eri menetelmiä. Ne voidaan toteuttaa yksilöhaastatteluna, parihaastatteluna tai ryhmähaastatteluna, jolloin haastattelumenetelmää määrittävänä tekijänä toimii osallistuvien lukumäärä. Menetelmä voidaan valita myös strukturoinnin mukaan, jolloin haastattelu voidaan tehdä strukturoituna, puolistrukturoituna tai avoimena haastatteluna. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 95.) Opinnäytetyössä käytettäväksi haastattelumuodoksi valikoitui puolistrukturoitu haastattelu, jota voidaan kutsua myös teemahaastatteluksi. Teemahaastattelulle tyypillisesti keskustelua ohjaavat aihepiirit tai teema-alueet ovat tiedossa, mutta haastattelukysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsjärvi ym. 2013: 208). Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee keskeisten teemojen mukaan. Näin haastattelua ei ohjaa haastattelijan näkökulma, vaan tutkittavien ääni saadaan kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2011: 48.) Teema-alueiden kysymysten tar-

kasta muodosta ja esitysjärjestyksestä huolimatta tulee haastattelun keskittyä etsimään vastauksia tutkimuksessa määriteltyyn tutkimuskysymykseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 97; Tuomi & Sarajärvi 2009: 75).

Opinnäytetyön kannalta keskeisimmissä keskusteluaiheissa pysymiseksi rakennettiin haastattelurunko (Liite 1), jotka jaettiin kolmeen teema-alueeseen tutkimuskysymyksiin mukaan. Teema-alueet sisälsivät pääkysymyksiä ja tarkentavia apukysymyksiä haastattelun ohjauksiksi. Hirsjärven ja Hurmeen (2009: 211) mukaan teemahaastattelussa tulee varautua puheliaisiin ja niukkasanaisiin haastateltaviin sekä haastattelun ajallisen keston vaihtelevuuden mahdollisuuteen. Haastattelun keston ja haastattelukysymysten toimivuuden testaamiseksi olisi suotavaa toteuttaa koehaastattelu ennen varsinaiseen haastatteluun ryhtymistä. Opinnäytetyön haastattelukysymysten toimivuus testattiin koehaastattelun avulla, jolla saatiin käsitys siitä, miten laaditut haastattelukysymykset vastasivat opinnäytetyön kolmeen tutkimuskysymykseen. Koehaastattelun avulla toteutettu perehtyminen teema-alueisiin ja kysymysten esittämiseen on vähentänyt mahdollisten virheiden esiintymisestä ensimmäisten varsinaisten haastattelujen aikana (Hirsjärvi & Hurme 2009: 72-73).

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa, jotka myönnettiin helmikuussa 2015 koskemaan 12 päihdetyöntekijää (Liite 8). Opinnäytetyön aihe, tarkoitus ja tavoitteet esiteltiin maaliskuussa 2015 kahdessa eri päihdehoitoyksikössä, joista työelämän yhteyshenkilön kautta haastatteluun osallistui kahdeksan henkilöä. Valintakriteereitä haastatteluun osallistujille ei asetettu. Aineistonkeruu tapahtui huhti-toukokuussa 2015 haastattelemalla kahdeksaa päihdehoitoyksiköissä työskentelevää hoitotyön koulutuksen käynyttä henkilöä. Haastattelut tehtiin pareittain ja toteutettiin työntekijöiden työyksikössä ennakoon sovittuja tapaamisajankohtia noudattaen siten, että haastatteluja tehtiin kaksi yhden käyntikerran aikana. Haastateltaville toimitettiin ennen haastattelujen toteutusta saatekirje (Liite 2) opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilön välityksellä. Haastattelupäivänä haastateltaville kerrattiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä varmistettiin heidän tietoisuutensa haastattelun nauhoittamisesta ja nauhoitetun aineiston hävittämisen ajankohdasta sekä anonymiteetin säilyttämisestä. Haastateltavien kanssa käytiin läpi suostumuslomake (Liite 3), jonka he allekirjoittivat ennen haastattelujen alkua. Haastateltaville informoitiin heidän vapaaehtoisuudestaan haastatteluun ja heidän oikeuksistaan vetäytyä haastattelusta niin tahtoessaan, kuten Mäkinen (2006: 94-95) teoksessaan kuvaa.

6.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksen ydinasioita ovat kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Laadullisessa tutkimuksessa tavallisimmin esiintyvät analyysimenetelmät ovat teemoittelu, tyyppittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi. Laadullisen aineiston käsittely

määrälliselle tutkimukselle tyypillisemmän tilastollisten tekniikoiden avulla on myös mahdollista. Aineiston analyysin kautta selviää, minkälaisia vastauksia tutkimusongelmiin saadaan. (Hirsjärvi ym. 2010: 221, 224.)

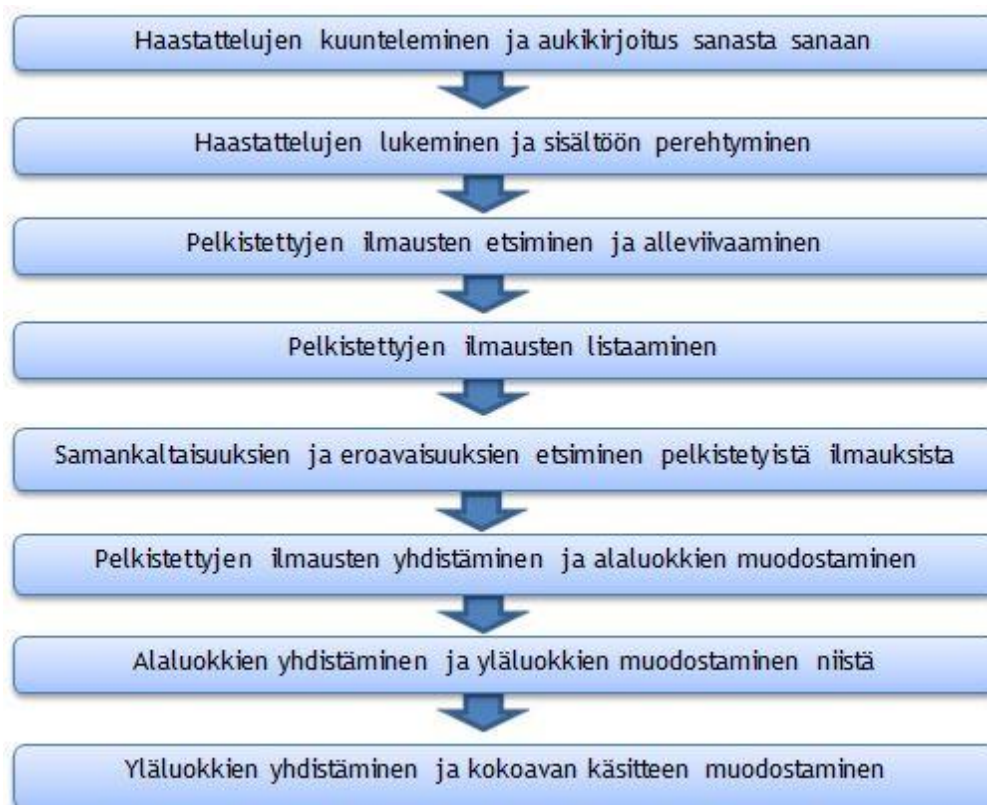
Laadullisen aineistolähtöisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin pyrkimyksenä on kirjoitetun ja puhutun kommunikaation analysointi siten, että asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä voidaan tarkastella. Tarkoituksena sisällönanalyysissä on tiivistetyn tutkimusaineiston avulla kuvata yleistävästi ja lyhyesti tutkittavia ilmiöitä tutkimusaineistoa tiivistämällä tai tuoda tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeästi esille. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003: 21.) Tuloksena syntyy käsitte- luokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 134). Olennaista sisällönanalyysissä on samanlaisuuksien ja erilaisuuksien erottelu, jotta tutkimusaineistoa kuvaavat luokat ovat toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Aineistosta esiinnousseet sanat, katkelmat ja muut yksiköt on tarkoitettu siis luokitella merkityksensä perusteella selkeämmiksi käsitteiksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003: 23.)

Sisällönanalyysi voidaan jakaa induktiiviseen eli aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin tai deduktiiviseen eli teorialähtöiseen sisällönanalyysiin. Aikaisemman tutkimustiedon ollessa vähäistä tai hajanaista on tutkimuksessa perusteltua käyttää aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää. Induktiivisen sisällönanalyysin pyrkimyksenä on teoreettisen kokonaisuuden luominen siten, että aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat eivät ohjaa tutkimusaineiston analyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 135.)

Kerätyn aineiston analyysi aloitetaan litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelunauhojen sisältämä materiaali tekstiksi yleensä sanasta sanaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 132). Aineiston litteroinnille ei ole määrätty tarkkaa yksiselitteistä ohjetta, jolloin tutkijan päätettäväksi jää se, miten litterointi toteutetaan. Litterointi voidaan tehdä koko haastatteluaineistosta tai valikoiden esimerkiksi haastattelujen sisältämien osien tai sen piirteiden mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2010: 222.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysin prosessi sisältää kolme vaihetta, joita ovat aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistys vaiheessa litteroidusta eli auki kirjoitetusta haastatteluaineistosta, muusta asiakirjasta tai dokumentista karsitaan pois kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen informaatio. Toisin sanoen saatu informaatio tiivistetään tai pilkotaan osiin. Pelkistäminen voidaan toteuttaa alleviivaamalla kerätystä aineistosta tutkimustehtävään vastaavia ilmaisuja. Alleviivatut ilmaisut voidaan siirtää erilleen alkuperäisestä tekstistä aineiston selkeyttämiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109.) Aineistoa ryhmiteltäessä

etsitään pelkistetyistä ilmauksista samanlaisuuksia sekä erilaisuuksia, joiden perusteella samansisältöiset ilmaisut ryhmitellään ja yhdistellään omiin alaluokkiin ja nimetään alaluokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003: 28). Pelkistetyin ilmauksen ominaisuus, piirre tai käsitys voi toimia luokkaa yhdistävänä tekijänä. Samansisältöisien alaluokkien ryhmittelyä jatketaan muodostamalla niistä yläluokkia ja yläluokista pääluokkia niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Tämä on analyysin kolmas eli teoreettisten käsitteiden luomisen vaihe, jossa tutkimuksen kannalta olennainen tieto erotetaan ja valikoidun tiedon perusteella luodaan teoreettisia käsitteitä, jotka vastaavat lopulliseen tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 110-112.) Luokitteluiden pohjalta muodostuneet käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt kuvataan opinnäytetyön osiossa seitsemän, jossa käsitellään saatuja tuloksia.



Kuvio 1: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109)

Kerätty aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia (Kuvio 1) mukaillen. Nauhoitettua aineistoa kertyi yhteensä kahdeksasta haastattelusta 2 tuntia 50 minuuttia. Aineiston analyysi aloitettiin nauhoitettujen haastattelujen purkamisella tekstiksi kirjoittamalla ne tietokoneella tarkasti sanasta sanaan auki. Aineisto jaettiin litteroitavaksi siten, että molemmat tekijät litteroivat neljä haastattelua. Fonttina käytettiin Trebuchet MS, fontin kokona kymmentä ja rivivälinä 1,5. Näillä määrittäyksillä litteroitua tekstiä muodostui 52 sivua.

Molemmat opinnäytetyön tekijät alleviivasivat omilla tahoillaan litteroidusta tekstistä opinnäytetyön kolmeen tutkimuskysymykseen vastaavia lauseita, katkelmia ja ilmaisuja. Alkuperäisten ilmausten alleviivauksessa käytettiin ennakoon sovittuja erottelukoodoja, jotka olivat jaettu tutkimuskysymystä kuvaten kolmeen luokkaan: aalto-, katko- ja suoraviivaan. Tämän vaiheen jälkeen aineistosta löydettyjä alkuperäisilmauksia vertailtiin keskenään. Yhteneväiset löydökset merkittiin vielä tutkimuskysymyksittäin kolmen eri värin mukaisesti erottelemalla ne jatkoanalyysia varten. Tässä yhteydessä aineistosta karsiutuivat pois sellaiset alleviivatut alkuperäisilmaukset, jotka tekijöiden yhtenevän tulkinnan mukaan eivät vastanneet suoraan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Mukaan jatkoanalyysiin sisällytettiin vielä tässä vaiheessa tutkimuskysymykseen *”Millaista tietoa päihdetyöntekijät kokevat omaavansa huumeriippuvaisen ADHD-oireisen aikuisen hoidosta?”* vastaavat alkuperäisilmaukset, jotka sisälsivät konkreettista teorian tietoa ADHD-oireisen aikuisen hoidosta tai vastasivat kysymykseen *”Mitä tietoa sinulla on huumeriippuvaisen ADHD-oireisen aikuisen hoidosta?”*.

Väreillä merkatut alkuperäisilmaukset siirrettiin litteroidusta tekstistä erilleen luetteloimalla ne kolmeen eri luokkaan tutkimuskysymyksittäin. Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset muutettiin pelkistetyiksi ilmauksiksi säilyttämällä kuitenkin alkuperäisilmauksen tuoman sanoman ytimen. Lyhyet ilmaukset siirtyivät sellaisinaan pelkistetyiksi ilmauksiksi. Pelkistettyjen ilmauksien sisältöjä verrattiin useaan kertaan alkuperäisilmauksiin varmistaen niiden sisältämän sanoman yhteneväisyyden. Tässä vaiheessa opinnäytetyön toinen tutkimuskysymys *”Millaista tietoa päihdetyöntekijät kokevat omaavansa huumeriippuvaisen ADHD-oireisen aikuisen hoidosta?”* tarkentui siten, että ensimmäisessä analyysin vaiheessa mukaan sisälletyt alkuperäisilmaukset, jotka vastasivat kysymykseen *”Mitä tietoa sinulla on huumeriippuvaisen ADHD-oireisen aikuisen hoidosta?”* pudotettiin aineistosta pois. Jäljelle jääneiden alkuperäisilmauksien sanomat käytiin vielä kertaalleen huolellisesti läpi varmistaen, että jäljelle jääneet ilmaukset vastasivat varsinaiseen tutkimuskysymykseen. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä pelkistettyjä ilmauksia koskien hoitoa edistäviä tekijöitä muodostui 104 kappaletta ja hoidon ongelmakohdista 114 kappaletta. Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla pelkistystä syntyi 35 kappaletta ja viimeisen tutkimuskysymyksen kohdalla 47 kappaletta.

Analyysin toisessa vaiheessa pelkistetyistä ilmauksista siirryttiin etsimään tutkimuskysymyksittäin samanlaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samansuuntaiset ilmaukset ryhmiteltiin omaan alaluokkaan löydöksen perusteella muodostaen useita ryhmiä. Muodostuneet alaluokat käytiin läpi yksitellen analysoimalla niiden sisältämien ilmausten merkityksiä ja niiden alaluokkiin kuuluvuutta. Tämän jälkeen jokaiselle pelkistettyjä ilmauksia sisältävälle alaluokalle nimettiin sisältöä kuvaava käsite.

Tutkimuskysymyksessä millaisia näkemyksiä ja kokemuksia päihdetyöntekijöillä on hoitoa edistävästä tekijöistä ja hoidon ongelmakohdista muodostui analyysin perusteella useita alaluokkia, joista analyysissa edettiin hoitoa edistävien tekijöiden (Liite 4) kohdalla kahden pääluokan ja kahden erillisen yläluokan muodostumiseen. Hoidon ongelmakohtia (Liite 5) analysoitaessa muodostui useista alaluokista kaksi pääluokkaa ja yksi erillinen yläluokka. Yhden alaluokan kohdalla ei päästy etenemään analyysissä pidemmälle.

Toisessa tutkimuskysymyksessä millaista tietoa päihdetyöntekijät kokevat omaavansa huumeriippuvaisen ADHD-oireisen aikuisen hoidosta (Liite 6) analyysin tuloksena edettiin kolmen yläluokan muodostumiseen, joista analyysi eteni vielä yhteen pääluokkaan. Yhden alaluokan kohdalla analyysissa ei edetty pidemmälle. Kolmannessa tutkimuskysymyksessä, minkälaisia kehittämisehdotuksia päihdetyöntekijöillä on ADHD-oireisen huumeriippuvaisen hoitoon (Liite 7), edettiin alaluokkien kautta yläluokkien muodostukseen ja siitä kahden pääluokan syntyyn.

7 Opinnäytetyön tulokset

Ensimmäinen tutkimuskysymys jakautui sen muotoilun vuoksi kahteen erinäiseen kysymykseen, joista toinen kartoitti näkemyksiä ja kokemuksia hoitoa edistävästä tekijöistä ja toinen hoidon ongelmakohdista. Toinen ja kolmas tutkimuskysymys pysyivät sellaisenaan.

7.1 Päihdetyöntekijöiden näkemykset ja kokemukset hoitoa edistävästä tekijöistä

Yhdeksi hoitoa edistäväksi tekijäksi muodostui *päihteettömyyteen sitoutumisen tukeminen*. Näkemysten ja kokemusten mukaan päihteettömyyteen sitoutumisen tukeminen edellyttää asiakkaalta itseltään päihteettömyyteen sitoutumista sekä hoitoympäristöltä turvallisuutta. Päihteettömyyteen sitoutumisella tarkoitettiin asiakkaan päihteettömyyttä ja hoitoon sitoutumista.

Hoitoympäristön turvallisuuden nähtiin koostuvan turvallisesta ja rauhallisesta hoitoympäristöstä sekä hoitopaikan asettamista rajoista. Hoitoympäristöön turvallisuutta toivat niin päihdetyöntekijöiden toiminta kuin myös hoitopaikan struktuurit.

”että sä et niinku tavallaan mee mukaan siihen ja hermostuta vaa tilannetta enemmän”

Säännönmukaisuuden, asetettujen sääntöjen noudattamisen ja rajojen asettamisen koettiin vaikuttavan asiakkaan hoitoon edistävästi. Työntekijät kuvasivat rajaamista seuraavasti:

”Että on tiukat, tuota tietyt säännöt ja et se ympäristö mis toimitaan, on turvallinen sil tavalla, et potilaat ei koe toisten potilaan uhkaa ja ei tarvi pelätä toisia potilaita.”

Toiseksi hoitoa edistäväksi tekijäksi nousi asiakkaan *yksilöllinen hoito*. Yksilölliseen hoitoon vaikuttivat asiakkaan tukeminen asioista keskustelemalla, kannustamalla ja omahoitajuudella. Yksilöllisenä hoitona nähtiin myös asiakkaan yksilöllinen huomiointi, joka kattoi avun tarpeen ja voimavarojen huomioimisen, yksilöllisen huomioinnin ja yksilöllisen hoidon suunnittelun. Asiakkaan avun tarvetta huomioitiin muistuttamisen, ohjeistamisen ja avustamisen keinoin, esimerkiksi kirjallisissa tehtävissä ohjaamalla tai asiakkaan kanssa yhdessä täyttämällä lomakkeita. Asiakkaan voimavaroja työntekijät kertoivat huomioivansa siten, että hoidossa edettiin liian suuria tavoitteita asettamatta. Myös keskittymiskyvyttömyyden huomiointi sekä asioiden kertaaminen yksinkertaisella ja ymmärrettävällä tavalla koettiin asiakkaan voimavaroja huomioivaksi toiminnaksi.

”Tietysti hänen voimavarojensa mukaan siinä kohtaa edetään ja voi olla et he vaatii enemmän tapaamisia sitten ku toiset.”

”Ei kauheen monipolvisesti selitä jotain asiaa, vaan kertoo aika yksinkertaisesti ja ymmärrettävästi ja rauhallisesti.”

Asiakkaan yksilöllisen huomioinnin ja yksilöllisen hoidon suunnittelun nähtiin koostuvan esimerkiksi joustavuudesta hoidossa ja ajankäytössä tapaamisilla, hyvien hoitosuunnitelmien tekemisestä, asiakkaan tavoitteiden selvittämisestä sekä yksilöllisen kohtelun toteutumisesta.

”Mietitään jokaisen kohdalla miten toimitaan tai miten hyödyttäis sitä asiakasta, potilasta niin, et sit pääsee eteenpäin.”

Yksilöllisen hoidon ja päihteettömyyteen sitoutumisen tukemisen lisäksi tuloksissa vahvasti esiin nousivat myös *ammattitaitoinen työryhmä* ja *ADHD-oireiden hallinta*. Ammattitaitoisen työryhmän merkitys koostuu päihdetyöntekijän työkokemuksesta ja pitkäjänteisyydestä sekä työryhmän ammattitaidosta. Työkokemuksen koettiin edesauttavan asiakkaan kohtaamisessa, työntekijän läsnäolossa ja suhtautumisessa. Hoitoa edistävänä tekijänä nähtiin myös ADHD-oireiden hallinta, jota voi edellyttää ADHD-diagnoosin ja oikeanlaisen lääkityksen saaminen. ADHD-oireiden hallinta voi koostua myös erilaisista, lähinnä asiakaslähtöisistä keinoista, joita on kuvattu taulukossa 1.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
Muistamisen harjoittelu	ADHD-oireiden hallinta
Ennakkoon valmistautuminen ajoille tulemiseksi	
Tottunut elämään oireiden kanssa diagnoosin puutteesta huolimatta	
Potilas tottunut elämään oireiden kanssa	
Ohjataan turhautuneisuuden purkamisessa ulkotiloissa	

Taulukko 1: ADHD-oireiden hallinta

7.2 Päihdetyöntekijöiden näkemykset ja kokemukset hoidon ongelmakohdista

Hoidon ongelmakohdaksi työntekijät näkivät *ADHD-oireiden hoitamattomuuden*. ADHD-oireiden hoitamattomuudella tarkoitettiin keskittymiskyvyn vaikeuksia sekä ADHD-oireiden vallitsevuutta hoidon aikana. Oireiden vallitsevuudella tarkoitettiin asiakkaan impulsiivista ja levottomaa käyttäytymistä sekä levottoman ilmapiirin luomista hoitoympäristössä. Keskittymiskyvyn vaikeuksiksi luettiin asiakkaan lyhytjänteisyys ja keskittymiskyvyttömyys hoidon aikana, joka ilmeni eri tavoin (Taulukko 2).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Keskittymiskyvyttömyys	Keskittymiskyvyttömyys
Keskittymiskyvyttömyys ja epäjohtamukaisuus	
Keskittymiskyvyttömyys kuuntelemiseen	
Keskittymiskyvyttömyys keskusteluissa ja syrjähtely asiasta toiseen	
Kaavakkeiden täytön vaikeus	
Priorisoinnin vaikeus	
Vaikeus keskittyä hoitoon	
Vaikeus keskittyä yhteiseen asiaan	
Keskittymisvaikeudet	
Ajantajun katoaminen tapaamisilla	
Keskusteltujen asioiden unohtelu	

Taulukko 2: Keskittymiskyvyttömyys

Toinen ongelmakohta nähtiin olevan *riski päihdehoidon keskeytymiseen*. Keskeytymisen riskiä kasvattivat tulosten mukaan sitoutumattomuus päihdehoitoon ja riski päihdeiden käyttöön. Päihdeidenkäytön riskiä asiakkaalla nähtiin lisäävän ADHD:n tuoma alttius huumeidenkäyttöön, ADHD:n diagnosoimattomuus ja päihderiippuvuus. Aikojen peruuntuminen, sääntöihin sitoutumisen vaikeus ja sitoutumattomuus hoitoon vaikuttivat asiakkaan päihdehoitoon sitoutumiseen, joka nähtiin yhtenä riskinä päihdehoidon keskeytymiselle.

”Hyvin pienellä osalla on diagnosoitu ADHD, koska niitä diagnostisia tutkimuksia ei voida tehdä niin kauaa kun he käyttää niitä päihteitä.. Se on semmoinen noidankehä.”

Lisäksi tuloksissa ongelmakohtiksi nousivat myös *lyhyet hoitosuhteet*, jotka johtuivat hoito- paikan resurssien rajallisuudesta sekä hoidon etenemättömyydestä. Hoidon etenemättömyyteen vaikuttivat hoidon ja päihteistä vieroittamisen haasteellisuus sekä korvaushoitoarvion tekemisen vaikeus.

7.3 Päihdetyöntekijöiden kokema tieto huumeriippuvaisten ADHD-oireisten hoidosta

Toinen tutkimuskysymys käsitteli päihdetyöntekijöiden kokemusta siitä, millaista tietoa he kokivat omaavansa ADHD-oireisen aikuisen hoidosta. Tuloksista ilmeni, että tieto koettiin *oman alan asiantuntijuudeksi*. Tietämystä ADHD-oireisen aikuisen hoidosta oli kertynyt työkokemuksen kautta, kuten myös varmuus asiakkaan kohtaamiseen sekä tieto ADHD-oireiden tunnistamiseen. Tietämys ADHD:n ja huumeidenkäytön yhteydestä koettiin niin ikään tuulleen työkokemuksen kautta. Hoitajat kuvasivat ADHD:n ja huumeidenkäytön yhteydestä saadun tiedon muodostuneen käytännössä opitusta yleistietämyksestä sekä teorian kautta opitusta perustietämyksestä. ADHD:hen ja sen hoitoon liittyvää perustietämystä päihdetyöntekijät kuvasivat yleistiedoksi, joka oli karttunut teorian kautta saadusta perustietämyksestä sekä oman työnsä tuomasta käytäntötiedosta, joka koettiin pääosin riittäväksi. Näistä kolmesta luokasta muodostui päihdetyöntekijöiden tietämys oman alan erityisosaajana eli asiantuntijana.

”Mitä enemmän sitä työvuosia karttuu ja kokemusta näistä ADHD-potilaista, niin sitä enemmän se helpottaa sitte sitä kohtaamista ja sitte sitä hoitamista.”

Vastauksista nousi esiin myös työntekijöiden kokemus siitä, että *tietämys ADHD:sta on riittämätöntä*. Tuloksissa ilmenee, ettei osa työntekijöistä kokenut omaavansa tarpeeksi tietoa ADHD:sta ja, että tietämystä olisi voinut olla enemmänkin.

7.4 Päihdetyöntekijöiden kehittämisehdotukset ADHD-oireisten huumeriippuvaisten hoitoon

Haastatteluissa haettiin vastausta kysymykseen, minkälaisia kehittämisehdotuksia päihdetyöntekijöillä oli ADHD-oireisten huumeriippuvaisten asiakkaiden hoitoon. Vastauksiksi nousivat *kokonaisvaltaisen hoidon toteuttaminen*. Kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseksi olisi toteutettava yksilöllistä hoitoa, tuettava asiakasta elämänhallinnassa sekä tukea asiakasta henkisesti. Yksilöllisen hoidon toteutuksella tarkoitettiin keskittymiskyvyttömyyden huomiointia

hoidossa sekä asiakkaan tarpeiden huomioimista yksilöllisesti. Työntekijä voisi tukea asiakasta henkisesti omalla läsnäolollaan ja kannustavalla toiminnalla.

Elämänhallinnan tukemisen nähtiin liittyvän ADHD:n huomioimiseen hoidon suunnittelussa, millä tarkoitettiin esimerkiksi oikeanlaisen lääkityksen miettimistä:

”Tietysti lääkärin kanssa yhteistyössä sitte sen oikeanlaisen lääkityksen miettiminen.”

Myös arjessa tukeminen ja diagnostisiin tutkimuksiin ohjaaminen nähtiin keinona elämänhallinnassa tukemiseen. Arjessa tukemisella tarkoitettiin hoitoympäristön ulkopuolisia tekijöitä, joita on kuvattu taulukossa 3.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
Tukitoimien ja toimintakyvyn kartoitus	Arjessa tukeminen
Potilaan keskittymiskyvyttömyyden ja voimavarat huomioiva opiskelupaikan tai kuntouttavan työtoiminnan löytäminen	
Onnistumisen tunteiden mahdollistaminen sopivien koulu ja työmuotojen kautta	
Arjen tuen tarpeen huomioiminen	

Taulukko 3: Arjessa tukeminen

Toiseksi tärkeäksi kehittämis ehdotukseksi nousi *muutos hoitokäytänteissä*. Moniammatillisuutta hyödyntämällä sekä lisäämällä joustavuutta hoitokäytänteisiin voitaisiin työtapoja muuttaa tehokkaammiksi, mikä nähtiin yhtenä keinona hoitokäytänteiden muuttumiselle. Hoitokäytänteitä voitaisiin muuttaa myös hoitoympäristöä kehittämällä, johon sisältyisi turvallisen hoitoympäristön tarjoaminen sekä pienissä ryhmissä toimiminen. Eräs työntekijä sanoi seuraavaa:

”Pienissä ryhmissä. Et mun mielestä mahdollisimman semmosissa pienissä ryhmissä, että ei semmosii kovin suuria ryhmiä.”

8 Tulosten tarkastelu

Asiakkaan voimavarojen huomioiminen on osa yksilöllistä hoitoa, jota hoidon edistämiseksi olisi asiakkaalle pystyttävä tarjoamaan. Yksilöllisyyden huomiointiin tarvittiin tulosten mukaan voimavarojen huomioimisen lisäksi taitoa huomioida asiakkaan avun tarve. Asiakkaan avun tarve voi olla emotionaalisella, tiedollisella tai konkreettisella tasolla (Eloranta & Virkki

2011:57). Vastauksissa ilmeni, että ADHD-oireista asiakasta saatettiin esimerkiksi avustaa lomakkeiden täyttämässä, jos asiakas ei itse siihen pystynyt keskittymään. Konkreettinen tuki voi olla myös avustamista käytännön asioiden hoitamisessa (Eloranta & Virkki 2011:58).

Tuloksista selviää, että päihdetyöntekijöiden mielestä yhtenä hoitoa edistävänä tekijänä oli ammattitaitoinen työryhmä. Haastateltavat olivat päihdetyön ammattilaisia ja arvelivat tiedon ADHD-oireisen asiakkaan hoidosta työyhteisössä olevan työkokemuksen kautta tullutta käytännön tietoa sekä perustietoa. Arvioitiin, että yleistieto sekä työkokemuksen kautta tullut tieto ADHD:sta olivat riittävät päihdeyksiköissä tehtävään työhön. Päihdetyöntekijöiden kuvaama käytännön kautta tullut varmuus ADHD-oireisen potilaan kohtaamiseen ja ADHD-oireiden tunnistamiseen, voidaan Sarajärven, Mattilan ja Rekolan (2011: 53-54) mukaan nähdä muodostuneen erilaisten hoitotilanteiden myötä kertyneen kokemukseen perustuvan tiedon kautta. Työkokemuksen kautta muodostunutta tietämystä hoitoa edistävästä tekijöistä ja hoidon ongelmakohdista pyrittiin hyödyntämään mahdollisuuksien mukaan hoidon aikana. Voidaan kuitenkin sanoa, että vastauksissa ei ilmennyt päihdetyöntekijöillä olevan kovin syvälistä tietoa ADHD:sta. Kuten Niemelä ym. (2010: 1216) toteavat, päihdeongelmaisen asiakkaan ADHD-oireyhtymän diagnostinen selvittely ja hoito edellyttävät sekä hyvää neuropsykiatrista asiantuntemusta että päihdetyön vahvaa osaamista.

Huumeriippuvaisen ADHD-asiakkaan hoidon ongelmakohdiksi päihdetyöntekijät kokivat hoitamattomat ADHD-oireet, jotka he näkivät johtuvaksi päihdehoidon aikana ilmenevästä ADHD-oireiden vallitsevuudesta ja keskittymiskyvyn vaikeudesta. Päihdetyöntekijät kertovat tapaa- vansa keskimäärin viikoittain päihdeasiakkaita, joihin lukeutuivat niin ADHD-diagnoosin saaneita kuin myös diagnosoimattomia tyypillisen ADHD-oirekuvan omaavia päihdeasiakkaita. ADHD-oireiden kuvattiin esiintyvän hoidon ja hoitotapaamisten aikana ADHD:lle tyypillisenä impulsiivisena ja levottomana käyttäytymisenä, lyhytjänteisyytenä sekä keskittymiskyvyttömyytenä, jotka toivat haasteita asiakkaan päihdehoidon toteutukselle. Aikaisemmassa kirjallisuudessa ADHD:lle tyypillisten oireiden on kuvattu ilmenevän samanlaisin ominaispiirtein (Kaye ym. 2012: 926; Koski & Leppämäki 2013: 3155; Moilanen 2012: 35; Niemelä ym. 2010: 1213; Westerinen 2013: 2025;). Tuloksista ilmenee päihdetyöntekijöiden olevan tietoisia ADHD-lääkityksen hyödyistä oireita hoidettaessa, kuten myös kirjallisuudessa on todettu. Kosken & Leppämäen (2013: 3160), Lahden ym. (2008) ja Leppämäen (2012: 266) mukaan useilla ADHD:n hoidossa käytettävillä lääkkeillä on nähty olevan suotuista vaikutus ADHD-oireiden lieventymiseen. Työntekijät tiedostavat kuitenkin aktiivisen päihteidenkäytön ja päihderiippuvuuden olevan ADHD-lääkehoidon aloittamisen ehdoton vasta-aihe. Samaa tulosta tukevat useat aikaisemmat julkaisut (Koski & Leppämäki 2013: 3159; Lehtokoski 2012: 279; Niemelä ym. 2010: 1216). Näin ollen haastateltavat kokivat, että esteenä ADHD:n hoidolle oli samanlainen päihdeongelma, sillä se oli usein syynä diagnoosin tai lääkityksen puuttumiselle. ADHD:n hoidossa käytetyissä lääkkeistä isossa osassa vasta-aiheena on päihteiden käyttö (vrt.

Niemelä ym. 2010). ADHD-oireet saatettiin yksikössä huomata ja huomioida, mutta varsinaisiin neuropsykiatriisiin tutkimuksiin asiakasta harvoin ohjattiin, sillä suositusten mukaan ennen ajankohtaisten ADHD-oireiden arviointia tulisi dokumentoitua päihteetöntä aikaa olla kolme kuukautta (Niemelä ym. 2010: 1215). Näin diagnostiikan selvittely siirtyi yleensä mahdolliselle jatkohoitopaikalle, eikä siihen niinkään paneuduttu yksiköissä, joissa keskityttiin huumeongelman hoitoon.

Yhtenä hoitoa edistävänä tekijänä nähtiin ADHD-oireiden hallinta hoidon aikana. Jos oikeaa lääkitystä ei ollut, oireet saattoivat olla hallinnassa asiakkaan itse opettelemin keinoin, kuten valmistautuminen seuraavaan päivään jo edellisenä iltana. Päihdetyöntekijät näkivät, että ADHD-oireisen asiakkaan hoitoa voitiin edistää tukemalla tätä sitoutumaan päihteettömyyteen tarjoamalla turvallinen hoitoympäristö. Ystävällinen ja turvallinen ilmapiiri antaa mahdollisuuden tunteiden ilmaisemiseen ja ongelmien käsittelyyn (Eloranta & Virkki 2011:57). Tärkeä osa päihteettömyyteen pyrittäessä oli kuitenkin asiakkaan oma motivaatio sitoutua päihdehoitoon. Tämä tulos näkyi niin hoitoa edistäviä tekijöitä, kuin ongelmakohtiakin kysyttäessä, sillä toiseksi päällimmäiseksi hoidon ongelmakohtaksi päihdetyöntekijät kokivat ADHD - oireisten asiakkaiden lisääntyneen riskin päihdehoidon keskeytymiseen. Hoidon keskeytymiseen koettiin vaikuttavan ADHD-oireisten asiakkaiden alttius päihteiden käyttöön ja hoitoon sitoutumattomuus. Myös ADHD:n diagnosoimattomuus nähtiin yhtenä riskinä hoidon ennenaikaiselle päättymiselle, mikä vahvistaa ADHD-oireiden hallinnan tärkeyttä. Impulsiivisuus, joka on merkittävä osa ADHD:n oirekuvaa, ei paranna hoitoon sitoutumista. Nopeasti vaihtuvat mielialat, joihin ADHD-oireinen reagoi joskus impulsiivisestikin, voivat johtaa päihteiden käyttöön. Aikaisemmissa julkaisuissa riskistä päihteiden käyttöön yhteneviä tuloksia saivat Adler & Florence (2009: 50), Koski & Leppämäki (2013: 3155), Leppämäki (2012: 264) ja Niemelä ym. (2010: 1213), joiden mukaan lähes puolella (15-40 %) ADHD-oireisista aikuisista ilmenee päihdehäiriötä jossain vaiheessa elämäänsä. Päihdehoidon aikainen houkutus päihteidenkäyttöön voi käydä liian suureksi varsinkin ADHD-oireisten asiakkaiden kohdalla, joilla alttius päihteiden satunnaiseen käyttöön ja päihdehäiriön syntyyn on muuta väestöä suurempi (Raevuori 2012: 217).

Hoitamattomana esiintyviä ADHD-oireita voidaan pyrkiä lievittämään niin sanotusti itseään lääkitsemällä, jolloin oireiden hoito tapahtuu päihteitä käyttämällä (Lynskey & Hall 2001: 816; Mariani & Levin 2007: 11). Päihteillä pyritään oman pahan olon (Pirkola ym. 2007: 7) sekä levottomuuden lievittämiseen (Lehtokoski 2012: 278; Leppämäki 2013). Myös Holmberg (2010: 44) on kuvannut päihteidenkäyttäjien selittäneen riippuvuutta jonkin asian, kuten persoonallisuuden tai kehon toiminnoissa koettujen vajaavaisuuksien korjaamisena tai lääkitsemisenä päihteellä. Nämä tulokset tukevat selvästi myös päihdetyöntekijöiden esiin tuomia näkemyksiä ja kokemuksia ADHD:n tuomasta alttiudesta päihteiden käyttöön ja sen mahdollisesta vaikutuksesta päihdehoidon keskeytymisen riskiin.

Asiakkaan hoitoon sitoutumattomuutta tarkasteltaessa nähtiin siihen vaikuttaneen niin sääntöihin ja hoitoon sitoutumisen vaikeudet kuin sovittujen hoitoaikojen peruuntuminen. Niemelän ym. (2010: 1217) mukaan asiakkaan motivaatio muutokseen ja valmiudet riippuvuuden hoitoon sitoutumiseksi tulee selvittää hyvin, sillä ADHD-asiakkaalle olotilan ja muutosmotivaation jyrkät vaihtelut ovat tyypillisiä hoidon aikana. Asiakkaan hoitoon sitoutumattomuutta kuvattiin eräänlaisena kiinnittymättömyytenä hoitoon ja vaikeutena sitoutua hoitojaksojen loppuun viemiseen. Päihdehoidossa olevan ADHD-asiakkaan hoitoon sitoutumattomuuteen vaikuttavat oleellisesti taustalla esiintyvät hoitamattomat ADHD-oireet, jotka vaikeuttavat sovi-
tuista asioista kiinnipitämiseen. Varsinkin kaksoisdiagnoosipotilailla hoitomotivaatio ja pitkäjänteiseen hoitoon sitoutuminen on oletettavasti ollut heikkoa (Pirkola ym. 2007: 17-18). Hoitopaikan rajalliset resurssit, kuten joustamattomuus hoitoaikojen venyttämisessä tai asiakkaan myöhästyminen tai poisjääminen vastaanottoajoilta sekä hoidon etenemättömyys ADHD-oireisten huumeriippuvaisten kohdalla vaikuttavat oleellisesti myös asiakkaan hoitoon sitoutumiseen ja sitä kautta riskiin päihdehoidon keskeytymiseen.

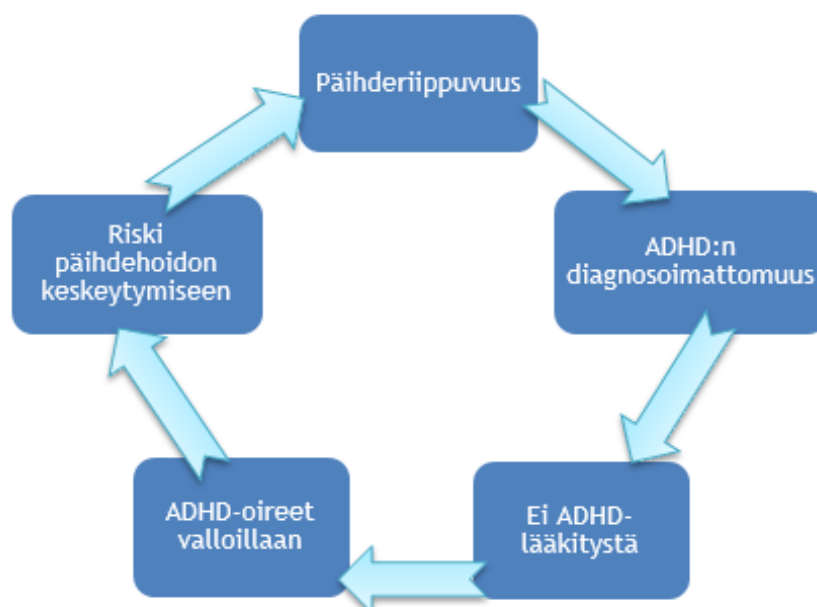
ADHD:n hoitamattomiin oireisiin ja päihdehoidon keskeytymisen riskiin vaikuttavat tekijät liittyvät toinen toisiinsa. Tämän vuoksi huumeriippuvaisten ADHD-oireisten asiakkaiden hoidon ongelmakohtia ei voida kuvata yksiselitteisesti vain yhdestä erillisestä tekijästä johtuvaksi. Jotta voitaisiin välttyä ADHD:n ja päihderiippuvuuden yhtäaikaiselta esiintymiseltä, olisi tärkeää saada mahdollisen päihdehäiriön kehittyminen estettyä jo varhaisessa nuoruudessa tunnistamalla ADHD ja puuttamalla sen tuomiin käytöshäiriöihin oikeanlaisen hoidon avuin (Lehtokoski 2012: 278; Marttunen & von der Pahlen 2013: 2051, 2055; Niemelä ym. 2010: 1216). Päihderiippuvaisilla ADHD-oireisilla asiakkailla hoidon haasteelliseksi tekevät hoitamattomana ilmenevät ADHD-oireet, joiden hoitoon on vaikea puuttua ennen kuin varsinainen päihdeongelma on saatu hoidettua. ADHD:n ja yhtäaikaisen päihdehäiriön tutkiminen sekä hoidon tarpeen arviointi on koettu haastavaksi (Niemelä ym. 2010: 1216), sillä ADHD:ssa ja päihderiippuvuudessa päällekkäin esiintyvät vieroitusoireet hankaloittavat erotusdiagnoosiikkaa (Adler & Florence 2009: 48; Koski & Leppänen 2013: 3159) ja vaikeuttavat siten kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelua.

Tutkimuskysymykseen millaisia kehittämis ehdotuksia päihdetyöntekijöillä on ADHD-oireisen asiakkaan hoitoon, vastaukseksi nousi kaksi pääluokkaa. Asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttaminen nähtiin suuntana johon hoitoa tulisi entisestään kehittää. Tueksi ensimmäisen tutkimuskysymyksen vastauksiin, jossa työntekijät näkivät yksilöllisen hoidon olevan hoitoa edistävä tekijä, ajattelivat työntekijät, että ADHD-asiakkaan hoitoa tulisi jatkossa kehittää yksilöllisemmäksi. Kokonaisvaltaiseen hoitoon sisältyy elämänhallinnan tukeminen, joka käsittää asiakkaan tarpeiden huomioimista muissakin, kuin hoidollisissa asioissa. Esimerkkinä nousi toiminnankyvyn kartoitus siten, että mietittäisiin asiakkaalle esimerkiksi sopiva kuntouttava

työtoiminta. Näin asiakas nähtäisiin kokonaisvaltaisena ihmisenä, jonka elämän osa-alueet ulottuvat hoitoympäristön ulkopuolelle. Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä voivat olla esimerkiksi ammatinvalintaohjaus, ammatillinen kuntoutus, erilaiset koulutus- ja työkokeilut tai työhönvalmennus (Kippola-Pääkkönen 2012: 81). Kokonaisvaltaista hoitoa voitaisiin kehittää myös päihdetyöntekijöiden läsnäolon sekä kannustavan toiminnan avulla. Useissa haastatteluissa nähtiin, että nykytilanteessa ADHD-diagnoosi tai -oireet huomattiin ja todettiin, mutta asiakkaan hoitoon tai hoidon suunnitteluun sillä ei juuri ollut vaikutusta. Ymmärrettävää on, että lääkitys nähdään ADHD-oireiden hallinnan kannalta vaikuttavana tekijänä, mutta voisi olla aiheellista miettiä muidenkin, ei-lääkkeellisten, keinojen käyttöönottoa nimenomaan päihdehoitoon sitoutumisen edistämiseksi.

9 Pohdinta

Kuten aikaisemmassa kirjallisuudessa mainitaan, yhdeksi tärkeäksi tekijäksi voidaan mainita ADHD:n varhainen diagnosointi, jonka avulla päihdehäiriön mahdollinen kehittyminen saataisiin ehkäistyä. Jos kuitenkin mietitään ADHD-oireisen asiakkaan jo syntyneen päihdehäiriön hoitoa päihdevieroitusyksiköissä, voidaan ajatella, että oleellisin tulos hoidon sujuvuuden kannalta on antaa asiakkaalle yksilöllisesti suunniteltua, tämän tarpeet huomioivaa hoitoa. Yksilöllisen ja joustavasti suunnitellun hoidon avulla voidaan tehokkaammin huomioida asiakkaan hoidon aikaisten ADHD-oireiden esiintyminen. Asiakkaan päihdehoidon etenemisen ja hoitoon sitoutumisen kannalta tämä on erittäin tärkeää. Tuloksista ilmenee, ettei asiakkailla välttämättä useinkaan ollut tarvittavia keinoja ADHD-oireiden hallintaan, ja tämän johdosta saattoi päihdehoito häiriintyä tai jopa keskeytyä (Kuvio 2).



Kuvio 2: Päihderiippuvuuden ja ADHD:n yhtäaikainen ilmeneminen tuo haasteita hoitoon

Päihdevieroituksessa olevien asiakkaiden ADHD-oireiden kokonaisvaltaisempi huomioiminen vaatisi mahdollisesti resurssien lisäämistä hoitoon ja työntekijöille suunnattua yksityiskohtaisempaa koulutusta ADHD:n ja päihdehäiriön yhtäaikaisuuden huomioimisesta, jotta yksilöllisesti suunniteltu ADHD-oireet huomioiva päihdehoidon toteutus olisi mahdollista. Huomioon ottaen ADHD-oireiden hoitoa häiritsevä vaikutus päihdehoidon toteutumiselle sekä asianmukaisen lääkityksen aloittamisen mahdottomuus, voidaan todeta, että ADHD-oireiden hoitoon ei työntekijöillä ole riittäviä keinoja, vaikka perustietämys ADHD:sta ja ADHD:n ja huumeriippuvuuden yhteydestä olisikin. Resurssien tai keinojen puutteesta johtuen voi olla, että ADHD-oireisen päihdeasiakkaan hoitoa ei voida päihdeyksiköissä suunnitella niin yksilöllisesti, että ADHD-oireet voitaisiin huomioida hoidon suunnittelussa. Keinot voivat olla yleisestikin hankala löytää, sillä suurimpana hoidon onnistumisen edellytyksenä on kuitenkin asiakkaan oma sitoutuminen hoitoon.

Vaikka päihdehäiriöisillä asiakkailla ADHD-diagnoosin saamiseen on pitkä matka, eikä päihderiippuvuudesta kuntoutuvalle isoa osaa ADHD-lääkkeistä voida määrätä koskaan, olisi kuitenkin tärkeää, että asiakas voisi siitä huolimatta saada elämänsä hallintaan. Tähän pääseminen on toki aikaa vievää, mutta avun saaminen ADHD-oireisen arkeen on varmasti mahdollista. Varsinkin jos asiakkaan kanssa yksilöllisesti suunniteltuja keinoja hyödynnettäisiin, niiden vaikuttavuutta arvioitaisiin ja muokattaisiin tilannekohtaisesti. Tämä kuitenkin vaatisi resurssien lisäämistä hoitoon, jotta ADHD-oireiden huomioiminen asiakkaan arjessa olisi mahdollista. Monet ADHD-asiakkaat jäävät tässä suhteessa yksin hoitamattomien oireidensa kanssa, ja ajautuvat siten takaisin päihteiden käyttöön. Aiheen tutkimiseksi olisi kiinnostavaa jatkossa saada toiminnallisella menetelmällä tehty opinnäytetyö.

Osalla päihdetyöntekijöistä aikaisempi kokemus eri aloilla toimimisesta tai siitä, ettei päihderiippuvuutta oltu vakiinnuttu näkemään vain yksittäisenä sairautena, vaikutti siihen, että moninainen oppiminen koettiin tervetulleeksi. Näiden työntekijöiden kohdalla voitiin havaita pienten keinojen käyttöä, joilla ADHD-oireet huomioitiin asiakkaan päihdehoitoa suunniteltaessa tai toteutettaessa. Tiedon omaamisesta kysyttäessä vastauksista ilmenee kuitenkin eroavaisuuksia, jossa toinen osa työntekijöistä kokee tietonsa riittäväksi, kuvaten tietämystään juuri omaan työhönsä riittävänä. Nämä työntekijät eivät välttämättä kokeneetkaan tarvitsevaa lisää ADHD:hen kohdennettua tietämystä. Ehkä juuri näiden työntekijöiden kohdalla asiakkaan päihdehoidon aikaisten ADHD-oireiden huomiointiin panostettiin vähemmän. Psykiatrian ja päihdehuollon erikoisalajat ovat kaksi erillistä alaa, joiden osaamisen tulisi kohdata molempien alojen työssä. Asiakkaan tarpeet saattavat käsittää molempien alojen yhtäaikaista osaamista. Monipolviset mielenterveydenongelmat ja niihin liittyvä hoidon tarve saattavat tälläkin asiakasryhmällä olla päihdehoidon toteutumista hidastava ja heikentävä tekijä. Tämän vuoksi

neuropsykiatrisen osaamisen hyödyntäminen muun psykiatrisen osaamisen rinnalla toisi vahvaa kokonaiskuvan näkemystä asiakkaan tilanteeseen sekä sairauden, tässä ensisijaisesti päihderiippuvuuden hoitoon.

Kehittämis ehdotuksissa nousi esiin muutos hoitokäytänteissä. Voidaan siis ajatella, että työntekijät kokevat tarvetta hoidon kehittämiseksi olevan. Toiseen tutkimuskysymykseemme saamamme vastaukset siitä, minkälaista tietoa päihdetyöntekijät kokevat omaavansa, vastaukset antoivat ymmärtää, että tietoa on riittävästi. Työntekijät kokevat tiedon olevan riittävällä tasolla, mutta toivovan hoitokäytänteisiin kehitystä. Jos tietoa ja halua muutokseen on, voisi ajatella, että uusien tehokkaampien työtapojen käyttöönotto voisi olla tervetullutta. Kun joustavuus hoitokäytänteissä oli yksi esiin noussut kehittämis ehdotus, voitaisiin miettiä millä keinoin aikatauluja tai työtapoja voitaisiin muuttaa asiakaslähtöisemmiksi. Pienissä ryhmissä toimiminen oli yksi konkreettinen ajatus, millä ADHD-oireisen aikuisen hoitoa voitaisiin edistää.

Päihderiippuvaisen ADHD-oireisen asiakkaan hoitoa edistävien tekijöiden ja hoidon ongelmakohtien kuvaaminen yksiselitteisesti ei ole mahdollista, sillä ne nivoutuvat tiiviisti yhteen myötävaikuttaen toinen toiseensa. Hoitoa edistävien tekijöiden ja ongelmakohtien hahmottaminen vaatii työntekijältä ammattitaitoa, jotta pystytään hahmottamaan asiakkaan kokonaistilanne ja toimimaan sen vaatimalla tavalla. Asiakkaan ADHD-oireet huomioivan kokonaisvaltaisemman hoidon kehittämiseksi päihdeyksiköissä tulisi hyödyntää laajempaa verkostoitumista moniammatillisen toiminnan lisänä. Yksiköiden välisen verkostoitumisen avulla saataisiin tarkempaa tietoa ja osaamista vietyä sinne, jossa halua ADHD-oireisen asiakkaan hoidon kehittämiseen ilmenee. Myös muutamat päihdetyöntekijät toivat esille yksiköiden välisten kokemusten ja tiedon jakamisen lisäämisen ADHD-asiakkaan hoidon edistämiseksi.

Jokaisen asiakkaan hoitoa tulisi toteuttaa siten, että kohtaamiseen sisältyisi aina kunnioitusta, hyväksyntää ja ymmärrystä. Terveystieteiden ammattilaisen kohdatessa moniongelmaisia asiakkaita ja potilaita voidaan nähdä joidenkin päänäkökenttien olevan ja pysyvän. Joko ei päästä ennakoivista päihteiden, huumeiden tai alkoholin, väärinkäyttäjien kohtaan tai sitten kun ollaan erikoisalalla tukemassa juuri tätä erikoisryhmää, koetaan asiakas hankalaksi ja haastavaksi. Ehkä juuri nämä hankaliksi koetut henkilöt ovat niitä, joiden on kaikista vaikein saada apua ja ymmärrystä muuallakaan. Tästä johtuen ennakoivista on luovuttava, jotta asiakasta voidaan hoitaa ammattimaisesti, oli taustalla mitä tahansa.

Opinnäytetyön päällimmäisenä tarkoituksena oli tuoda meille tietoa ADHD:sta kokonaisvaltaisesti sekä sen yhteydestä päihteidenkäyttöön ja liitännäisoireiluun. Näin opinnäytetyön valmistuessa voimme todeta, että saimme, koimme ja opimme enemmän kuin olisi voinut odottaa. Prosessin kautta pääsimme sisään maailmaan, jossa ADHD-oireiset päihderiippuvaiset asiakkaat kamppailevat päivittäin selvittääkseen eteenpäin. Koimme paljon tunteita ja kävimme

läpi voimakkaita mielipiteitä herättäviä hetkiä, joiden prosessointi auttoi meitä selkiyttämään omaa ajatusmaailmaamme ja kasvattamaan meitä tulevina sairaanhoitajina. Voimmekin sanoa, että oli tilanne mikä tahansa, tulee muistaa, että kaikkien vaikeuksien ja ongelmien takana on apua hakeva ihminen.

9.1 Jatkotutkimusaiheet

Asiakkaan hoidon kannalta voidaan pitää tärkeänä päihdetyöntekijöiden tuomaa näkemystä yksilöllisyyden huomioimisesta, kuten opinnäytetyön tuloksistakin ilmenee. Tähän liittyen olisi mielenkiintoista selvittää:

1. Minkälaisin keinoin ADHD-oireiset asiakkaat toivoisivat, että heidät huomioitaisiin?
2. Minkälaisia yksilöllisiä apukeinoja ADHD-oireiset asiakkaat tarvitsisivat arjen ja elämän hallinnan parantumiseksi?
3. Miten yksilölliset apukeinot vaikuttavat ADHD-oireisten päihdehoitoon sitoutumiseen ja päihdehoitojakson loppuun viemiseen?

9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi ym. 2013: 25). Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa tärkeimmät eettiset periaatteet liittyvät informointiin perustuvaan suostumukseen, luottamuksellisuuteen, seurauksiin ja yksityisyyteen (Hirsjärvi & Hurme 2009: 20). Kuulan (2011: 119) mukaan kirjallinen informointi ja vapaaehtoinen suostumus ovat välttämättömiä silloin kun aineiston keruu tapahtuu suoraan tutkittavilta ja kerätty aineisto tullaan nauhoittamaan. Saatekirjeitä (liite 2) jaettiin vierailujen yhteydessä, joiden tarkoituksena oli kertoa työyhteisölle opinnäytetyön tarkoituksesta sekä tulevista haastatteluista. Suostumuslomakkeet (liite 3) täytätettiin työntekijöillä ennen haastattelun alkua. Kahdesta allekirjoitetusta kappaleesta toinen jäi työntekijöille itselle ja toinen opinnäytetyön tekijöille. Suostumuslomakkeen avulla vahvistettiin työntekijöiden osallistuminen opinnäytetyöhön, mutta myös kerrottiin mahdollisuudesta perääntyä missä vaiheessa tahansa (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009: 131). Saatu alkuperäinen haastatteluaineisto, eli ääninauhat sekä litteroitu materiaali, hävitetään opinnäytetyön julkaisuvaiheessa. Siihen asti niitä säilytettiin huolellisesti.

Haastatteluaineiston riittävydestä kertoo aineiston kylläntyminen. Tutkimusluvut haettiin ja saatiin koskemaan enintään 12 työntekijää. Haastattelut sovittiin kahteen eri yksikköön kahdeksalle haastateltavalle. Kahdeksan haastattelun jälkeen pystyttiin toteamaan samojen asioiden nousevan esille samoja aiheita käsiteltäessä. Näin haastatteluja ei varattu enempää. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009: 87.)

Opinnäytetyön aikana kunnioitettiin haastateltavien yksityisyyttä ja anonymiteettia. Vaikka haastattelukysymyksissä kysyttiin haastateltavan taustatietoja (Liite 1), tuotiin raportissa harviten esiin tietoja jotka olisivat voineet vaarantaa haastateltavan anonymiteetin. Haastatteluihin osallistui eri-ikäisiä ja eri sukupuolta olevia työntekijöitä, mutta koska näiden seikkojen ei katsottu materiaalia analysoitaessa tuovan merkityksiä oleellisesti vastauksiin, ei niitä tuloksissa käsitelty. Näin voitiin suojata myös haastatteluihin osallistuneiden yksityisyyden säilymistä.

Moninäkökulmaisuutta, triangulaatiota (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006), opinnäytetöihin tuli aineistoa analysoitaessa. Molemmat tekijät etsivät tahoillaan kaikista litteroidusta materiaalista tutkimuskysymyksiin vastaavia kohtia. Tämän jälkeen löydettyjä kohtia vertailtiin keskenään ja eriävien mielipiteiden kohdalla mietittiin yhdessä vastaako vastaus tutkimuskysymykseen. Etenkin toinen tutkimuskysymys, minkälaista tietoa päihdetyöntekijät kokevat omaavansa ADHD-oireisen aikuisen hoidosta, osoittautui rakenteeltaan haastavaksi. Vastauksia etsiessä kysymys *minkälainen* sekoittui helposti kysymykseen *mitä*, mikä olisi ajanut opinnäytetöitä toisenlaiseen suuntaan. Tarkoituksenahan ei ollut kerätä informatiivista tietoa ADHD:sta. Analysoitaessa materiaalia pohdittiin, vastasiko materiaali enemmän kysymykseen mitä tietoa päihdetyöntekijöillä oli ADHD:sta, mutta näin ei nähty olevan. Opinnäytetyön tekijöiden havahtuminen tutkimuskysymyksen kautta saatujen tulosten tulkinnanvaraisuuteen lisää opinnäytetyössä esiin nousseiden tulosten validiutta eli pätevyyttä, jonka tarkoituksena on mitata vastataanko aineistolla juuri siihen, mitä halutaan mitata (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010: 231). Tulosten toisenlainen tulkinta olisi saattanut ohjata tekijät toisenlaiseen suuntaan, jolloin tuloksia ei olisi voitu pitää pätevinä, kuten Hirsjärvi ym. (2010: 232) kuvaa teoksessaan. Haastattelukysymykset (liite 1) oli muotoiltu lähestymään päihdetyöntekijöiden kokemusta siitä, minkälaista tietoa heillä on. Kysymyksenä toinen tutkimuskysymys osoittautui haastavaksi ja sen takia sen tuoma materiaalikin jäi suppeammaksi.

Molempien opinnäytetyön tekijöiden ollessa sairaanhoitajaopiskelijoita, omien näkemysten sekoittuminen siitä kuinka ADHD-oireisen hoitoa voitaisiin kehittää, häiritsi ajoittain aineiston analysointia. Välillä oli pysähdyttävä miettimään esimerkiksi ongelmakohtia mietittäessä sitä, mitä haastateltavat todella näkivät ongelmakohdiksi, etteivät vastauksiin sekoittuisi tekijöiden näkemykset siitä mitkä olivat hoidon ongelmakohtia.

Laadullisessa analyysissä reliaabelius koskee lähinnä tutkijan toimintaa kuin saatuja vastauksia, eli esimerkiksi sitä, onko kaikki käytettävissä oleva materiaali otettu käyttöön (Hirsjärvi & Hurme 2014: 189) tai ovatko kaksi eri tutkijaa päätyneet tulkinnassaan samanlaiseen tulokseen. (Hirsjärvi ym. 2010: 231). Molemmat opinnäytetyön tekijät litteroivat haastatteluaineis-

ton sanasta sanaan huomioiden myös äännähdykset, kuten naurahdukset. Molempien toimiminen omalla tahollaan alkuperäisilmauksia tekstistä etsittäessä, mahdollistettiin mahdollisimman suuren potentiaalin hyödyntäminen aineistosta. Kuitenkin ottaen huomioon tekijöiden kokemattomuus opinnäytetyön menetelmien käytössä, ei voida sulkea mahdollisuutta, etteikö kokeneempi tutkija olisi voinut löytää aineistosta merkityksiä, joita nyt ei nähty. Kokemattomuus vaikutti osaltaan myös haastattelutilanteeseen, sillä haastattelijan rooli on haastava, eikä aina ehkä osattu esittää jatkokysymyksiä, jotka teemahaastattelulle olisivat oleellisia. Kuten Hirsjärvi ja Hurme (2009: 35, 68) kuvaavat, tulisi haastattelijan täyttää eräänlaisia vaatimuksia ja ominaisuuksia, jotta tutkijoiden herkkyyks haastateltavien vastauksien tulkinnessa toteutuisi ja haastattelun luomiin tilanteisiin osattaisiin reagoida paremmin. Myös haastattelijan rooliin ja tehtäviin olisi hyvä kouluttautua ennen haastattelun toteutusta.

Haastattelun luotettavuus on yhteydessä sen laadukkuuteen. Rakentamalla hyvä haastattelurunko voidaan vaikuttaa haastatteluaineiston laadukkuuteen. Pääteemojen ja vaihtoehtoisten lisäkysymysten pohtiminen on eduksi laadukkuuden kannalta. (Hirsjärvi & Hurme 2009: 184-185.) Vaikka haastattelukysymykset testattiin esihaastattelun avulla ennen niiden varsinaista käyttöönottoa ja sen pohjalta saatiin tehtyä parannuksia kysymyksiin, ei niin ikään kokemattomuuden vuoksi osattu etukäteen pohtia, minkälaisia vastauksia tietynlaisiin kysymyksiin todennäköisesti saadaan. Näin olisi kysymyksiä voitu edelleen jalostaa avoimemmiksi tai pohtia lisäkysymyksiä jo etukäteen.

Lähteet

- Adler, L & Florence, M. 2009. ADHD - Levoton mieli. 1. korjattu painos. Tampere: Prometheus kustannus.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Spencer, T., Wilens, T.E., MacPherson, H.A. & Faraone, S.V. 2008. Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: A naturalistic controlled 10-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry* 165.5, May 2008.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse - Tietoa päihteistä. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Hakapaino.
- Moilanen, I. ADHD. Teoksessa Dufva, V. & Koivunen M. (toim.) 2012. ADHD - diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Juva: Bookwell, 35-44.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Forsell, M. & Nurmi, T. 2015. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2014. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.
- Fuermaier, A. B. M., Tucha, L., Koerts, J., Mueller A. K., Lange, K. W. & Tucha, O. 2012. Measurement of Stigmatization towards Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLOS ONE* 7(12).
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. 5., Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Porvoo: Bookwell.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu - teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2014. Tutkimushaastattelu - teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Gaudeamus.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.
- Kaltiala-Heino, R., Kaivosoja, M. & Ritakallio, M. 2006. Nuorten rikoksentekijöiden mielenterveys ja psykiatrisen hoidon tarve. *Suomen Lääkärilehti* 9/2006 vsk 61.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro.
- Kaye, S., Darke, S. & Torok, M. 2012. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among illicit psychostimulant users: a hidden disorder. *Addiction* (2012), 108.
- Kippola- Pääkkönen, A. Hoidon ja kuntoutuksen monimuotoisuus. Teoksessa Dufva, V. & Koivunen M. (toim.) 2012. ADHD - diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Juva: Bookwell, 79-87.

Knutson, K.C. & O'Malley, M. 2010. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A survey of diagnosis and treatment practices. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 22/2010.

Koivisto, T., Heinälä, P., Helminen, M. & Seppä, K. 2013. Päihdelääkärien asenteet potilaitaan kohtaan. *Suomen Lääkärilehti* 45/2013 vsk 68.

Koski, A. & Leppämäki, S. 2013. Aikuisen ADHD - diagnoosista hoitoon. *Suomen lääkärilehti* 48/2013 vsk 68.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka - aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Lahti, T., Leppämäki, S., Partonen, T. & Tani, P. 2008. Aikuisten ylivilkkaus- ja tarkkaavuushäiriön lääkehoito. *Suomen lääkärilehti* 2008; 63 (8).

Leikauf, J. & Ivanov, I. 2013. A young man with history of ADHD and methamphetamine use. *Psychiatric Annals* 43:1, Jan 2013.

Laine, T. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2 - Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 29-51.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 21-43.

Lehtokoski, A. Omien vahvuuksien löytäminen - vinkkejä ADHD-oireisille aikuisille ja heidän lähipiirilleen. Teoksessa Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) 2012. ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Juva: Bookwell, 267-281.

Leppämäki, S. Aikuisen ADHD. Teoksessa Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) 2012. ADHD - Diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Juva: PS-kustannus, 256-265.

Levy, S., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Weaver, A.L., Killian, J.M., Voigt, R.G. & Barbaresi, W.J. 2014. Childhood ADHD and risk for substance dependence in adulthood: A longitudinal, population - based study. *PLOS ONE*. Vol 9, issue 8.

Lynskey, M.T. & Hall, W. 2001. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and substance use disorders: is there a causal link?. *Addiction* (2001), 96.

Mariani, J.J. & Levin, F.R. 2007. Treatment Strategies for Co-Occurring ADHD and Substance Use Disorders. *American Journal Addict.* 2007; 16, Suppl 1.

Martinson, J. & Tang, H-Y. 2010. Correlating family nurse practitioners' perspectives of adult ADD/ADHD with employed pharmacotherapy: A pilot study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 22 (2010).

Marttunen, M., Eronen, M. & Eriksson, M. 2014a. Persoonallisuushäiriöiden etiologia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M. & Marttunen, M. 2014. *Psykiatria*. 11. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Marttunen, M., Eronen, M. & Eriksson, M. 2014b. Epäsosiaalinen persoonallisuus. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M. & Marttunen, M. 2014. *Psykiatria*. 11. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Marttunen, M. & ja von der Pahlen, B. 2013. Päihdehäiriöiden kehittymistä voidaan ehkäistä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2013; 129(19).

Metsämuuronen, J. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino, 80-147.

Moilanen, I. ADHD. Teoksessa Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) 2012. ADHD - Diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Juva: PS-kustannus. 35-43.

Moilanen, I., Mattila, M-L., Loukusa, S. & Kielenen, M. 2012. Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2012; 128(14).

Mäkelä, R. Alkoholiriippuvuus ja muu psyykinen sairastavuus. 2003b. Teoksessa Salaspuro, M., Kiinanmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 183-202.

Mäkelä, R. Hoitojärjestelmät. 2003a. Teoksessa Salaspuro, M., Kiinanmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 191-199.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Niemelä, A., Leppämäki, S., Aalto, M., Rapeli, P., Holopainen, A., Tani, P. & Lauerma, H. 2010. ADHD ja päihteet. Suomen Lääkärilehti 13-14/2010 vsk 65.

Pinikahana, J., Happell, B. & Carta, B. 2002. Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. Nursing and Health Sciences (2002), 4.

Pirkola, T., Lepistö, J., Strandholm, T. & Marttunen, M. 2007. Nuorten päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden arviointi ja hoito - tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille 2007. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos.

Psykologian tieteellinen neuvottelukunta. 2012. Neuropsykologinen kuntoutus - suositus hyvistä käytännöistä aikuispotilailla. Psykologia 47(03).

Raevuori, A. Nuoren ADHD. Teoksessa Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) 2012. ADHD - Diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Juva: Bookwell, 211-229.

Reiman-Möttönen, P., Kiura, E. & Mäkelä, M. 2014. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD): Diagnosointi ja hoito, hoidon organisointi, potilaan osallistuminen - Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos.

Richmond, I.C. & Foster, J.H. 2003. Negative attitudes towards people with co-morbid mental health and substance misuse problems: An investigation of mental health professionals. Journal of Mental Health (August) 12, 4.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta - avain hoitotyön kehittymiseen. 1. painos Helsinki: WSOYpro.

Seppä, K. Asenteet. Teoksessa Salaspuro, M., Kiinanmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 91-94.

The Dawn Report - ADHD medication misuse raises questions for treatment providers. 2006. Alcoholism & Drug Abuse Weekly. Volume 18, Number 38.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Varjonen, V., Tanhua, H. & Forsell, M. 2014. Huuometilanne Suomessa 2013. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen yliopistopaino.

Virtanen, J. Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino, 150-213.

Westerinen, H. 2013. ADHD. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013; 129 (19).

Verkkolähteet

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). 2013. Käypä hoito. Viitattu 22.1.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50061#s8>

ADHD ja lääkkeiden määrääminen. 2014. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 28.11.2014. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laake-hoito/adhd_ja_laakkeiden_maaraaminen_2

Adhd-liitto. 2014. Hoitamaton adhd aiheuttaa yhteiskunnalle jättikustannukset. Viitattu 4.1.2015. <http://www.adhd-liitto.fi/ajankohtaista/uutiset/hoitamaton-adhd-aiheuttaa-yhteiskunnalle-jattikustannukset>

Adhd-oireisten aikuisten vertaistukiprojekti sai nimekseen Porina. 2014. Adhd -liitto. Viitattu 4.12.2014. <http://www.adhd-liitto.fi/ajankohtaista/uutiset/adhd-oireisten-aikuisten-vertaistukiprojekti-sai-nimekseen-porina>

Kallio-Laine, K. 2013. ADHD ja Asperger; kuntoutuksen haasteet. Kela. Viitattu 7.1.2015. http://www.kela.fi/documents/10180/1403727/ADHD_ja_Asperger_kuntoutus_haasteet_Kallio_Laine.pdf/b51ed21b-6791-44f9-a74b-5691fac504d2

Lauerma, H. 2014. Pvs, historia. Rikosseuraamuslaitos. Viitattu 3.1.2015. <http://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/toimipaikatjayhteystiedot/terveydenhuoltoyksikko/psykiatrinenvankisairaala/pyshistoria.html>

Leppämäki, S. 2013. ADHD ja päihteidenkäyttö. Päihdelinkki. Viitattu 23.11.2014. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/146-adhd-ja-paihteidenkaytto>

Moilanen, I. 2011. Autismikirjon häiriöt ja niiden samanaikaisuus ADHD:n kanssa. Käypä hoito. Viitattu 3.1.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=30048C5802F0763FB4DA22991EA9424E?id=nix00918>

Moilanen, I. & Raevuori, A. 2011. ADHD:n yhteys rikollisuuteen. Duodecim - Terveyskirjasto. Viitattu 3.1.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00924

Närhi, V. 2011. Oppimisvaikeudet ja ADHD. Duodecim - Terveyskirjasto. Viitattu 3.1.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00960

Pihlajamäki, M. 2014. Lisdeksamfetamiini. Fimea. Viitattu 1.12.2014. http://sic.fimea.fi/1_2014/lisdeksamfetamiini

Puustjärvi, A. 2011. Toimintaterapia ADHD:n hoidossa. Duodecim - Terveyskirjasto. Viitattu 7.1.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00949

Päihdepalveluiden kehittäminen. 2014. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.10.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/palvelujarjestel-man-ohjaus-ja-kehittaminen/paihdepalveluiden-kehittaminen>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 11.10.2015. http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html

WHO. 2014. International Classification of Diseases (ICD). Viitattu 25.11.2014.
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Kuviot

- Kuvio 1: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109)... 21
- Kuvio 2: Päihderiippuvuuden ja ADHD:n yhtäaikainen ilmeneminen tuo haasteita hoitoon 31

Taulukot

Taulukko 1: ADHD-oireiden hallinta	25
Taulukko 2: Keskittymiskyvyttömyys	25
Taulukko 3: Arjessa tukeminen.....	27

Liitteet

Liite 1 Haastattelurunko	45
Liite 2 Saatekirje.....	46
Liite 3 Suostumuslomake	47
Liite 4 Millaisia näkemyksiä ja kokemuksia päihdetyöntekijöillä on hoitoa edistävistä tekijöistä?	48
Liite 5 Millaisia näkemyksiä ja kokemuksia päihdetyöntekijöillä on hoidon ongelmakohdista?	49
Liite 6 Millaista tietoa päihdetyöntekijät kokevat omaavansa huumeriippuvaisen ADHD - oireisen aikuisen hoidosta?	50
Liite 7 Minkälaisia kehittämissuhteita päihdetyöntekijöillä on ADHD - oireisten huumeriippuvaisien hoitoon?	51
Liite 8 Tutkimuslupa.....	52

Liite 1 Haastattelurunko

Teemahaastattelurunko

Esitiedot

1. Mikä on koulutuksesi?
2. Mikä on ikäsi?
3. Mikä on sukupuolesi?
4. Työkokemus vuosina? Työkokemus päihdehoitotyössä vuosina?

Millaisia näkemyksiä ja kokemuksia päihdetyöntekijöillä on hoitoa edistävästä tekijöistä ja ongelmakohtista?

1. Kuinka paljon kohtaat työssäsi ADHD-oireisia asiakkaita?
2. Millaiseksi koet hoitosuhteen luomisen ADHD – oireisen kanssa?
3. Miten mielestäsi ADHD vaikuttaa huumeriippuvaisen hoitoon?
4. Minkälaiset tekijät vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen ADHD- oireisella huumeriippuvaisella?
5. Minkälaisia ongelmakohtia ADHD – oireisen huumeriippuvaisen hoitosuhteessa voi ilmetä?
 - Millaisin keinoin hoitoa voitaisiin edistää?

Millaista tietoa päihdetyöntekijät kokevat omaavansa huumeriippuvaisen ADHD – oireisen aikuisen hoidosta?

1. Miten työkokemuksesi vaikuttaa ADHD – oireisen kohtaamiseen?
2. Koetko, että sinulla on riittävästi tietoa ADHD:sta? Mistä haluaisit lisää tietoa?
3. Millaista tietoa sinulla on ADHD:n ja huumeidenkäytön yhteydestä?
4. Miten ADHD vaikuttaa huumeriippuvaisen hoidon suunnitteluun?

Minkälaisia kehittämissuhteita päihdetyöntekijöillä on ADHD – oireisten huumeriippuvaisten hoitoon?

1. Miten huomioitte ADHD – oireet huumeriippuvaisen hoidossa?
2. Millä tavoin ADHD – oireisen aikuisen hoitoa mielestäsi tulisi toteuttaa?
3. Millaisin keinoin toivoisit saavasi lisää tietoa ADHD:n hoidosta?
4. Millaiseksi arvioit kollegoidesi asenteet ADHD – oireisista asiakkaista?
5. Millaiseksi koet työyhteisösi tietämyksen ADHD – oireisten hoidosta?
 - Millä tavoin tietämystä voitaisiin sinun mielestäsi lisätä?

Liite 2 Saatekirje

Arvoisa tutkimukseen osallistuva päihdehuollontyöntekijä!

Olemme Petra ja Jenni. Opiskelemme Laurea ammattikorkeakoulussa ja olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita. Opinnäytetyömme toteutamme yhteistyössä Laurea ammattikorkeakoulun (Tikkurilan yksikkö) ja ADHD - liiton kanssa 2014-2015 välisenä aikana.

ADHD - liiton Porina - projekti 2013 - 2015 on RAY:n rahoittamana projekti, jonka tarkoituksena on kehittää voimavarakeskeistä vertaistoimintaa ADHD - oireisille nuorille aikuisille ja aikuisille sekä lisätä yhteiskunnallista suvaitsevaisuutta ja tietoisuutta ADHD: n suhteen.

Opinnäytetyömme on osa Porina-projektia ja sen tarkoituksena on kartoittaa Helsingin kaupungin alueen päihdetyöntekijöiden näkemyksiä ja tietoja huumeriippuvaisten ADHD - oireisten aikuisten asiakkuudesta. Opinnäytetyömme tavoitteena on kartoittaa päihdehuollon työntekijöiden tietämystä ADHD - oireisten huumeriippuvaisten aikuisten hoidosta ja tuoda hyödynnettävää tietoa ADHD -liitolle ja päihdehuollon yksiköille.

Opinnäytetyö tullessaan toteuttamaan laadullisena tutkimuksena ja tutkimusaineisto tullessaan keräämään haastatteleamalla Helsingin laitospäihdehuollon yksiköiden päihdetyöntekijöitä. Haastattelut kestävät arviolta noin yhden tunnin (1h) kutakin haastateltavaa työntekijää kohden ja haastattelut on tarkoitus toteuttaa työntekijän työyksikössä, heidän työajallaan. Haastattelut tullessaan nauhoittamaan ja tallentamaan. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Opinnäytetyölle on haettu/myönnetty tutkimuslupa Helsingin kaupungilta.

Haastatteluaineistoa tullessaan käyttämään ainoastaan *Päihdetyöntekijöiden näkemykset ja tiedot huumeriippuvaisten ADHD - oireisten aikuisten asiakkuuksista* - opinnäytetyössä ja haastateltavien henkilöllisyys ja kaikki tunnistetiedot tullessaan muuttamaan aineiston litterointivaiheessa sellaiseen muotoon, että haastateltavan anonymiteetti säilyy. Aineistoa tullessaan käsittelemään luottamuksellisesti. Haastatteluaineisto tullessaan hävittämään asianmukaisesti sen käytyä tarpeettomaksi opinnäytetyön valmistuessa viimeistään joulukuussa 2015.

Valmis opinnäytetyö tullessaan esittämään Laurea ammattikorkeakoulun arvioivassa seminaarissa sekä ADHD - liitossa järjestettävässä tilaisuudessa. Valmiista opinnäytetyöstä on lisäksi tarkoitus kirjoittaa tiivistelmä ADHD - lehteen. Opinnäytetyö julkaistaan myös ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseuksessa.

Kutsumme sinut osallistumaan opinnäytetyöhömmme. Annamme mielellämme lisätietoa opinnäytetyöstä ja vastaamme sinua askarruttaviin kysymyksiin. Opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilönä toimii ADHD - liiton edustaja Kaisa Humaljoki sekä ohjaavana opettajana Laurea ammattikorkeakoulun Lehtori Eija Söderlund.

Vantaalla 19.1.2015

Ystävällisin terveisin

Petra Saari Santos
Sairaanhoitajaopiskelija
Laurea Tikkurila
petra.saari.santos@laurea.fi

Kaisa Humaljoki
Työelämän yhteyshenkilö
ADHD - liitto
kaisa.humaljoki@adhd-liitto.fi

Jenni Saarelainen
Sairaanhoitajaopiskelija
Laurea Tikkurila
jenni.saarelainen@laurea.fi

Eija Söderlund
Lehtori
Laurea Tikkurila
eija.soderlund@laurea.fi

Liite 3 Suostumuslomake

Suostumus

Minua on informoitu *Päihdetyöntekijöiden näkemykset ja tiedot huumeriippuvaisten ADHD -oireisten aikuisten asiakkuuksista* - opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Olen tietoinen, että haastattelu tullaan nauhoittamaan ja, että tietojani sekä antamaani haastatteluaineistoa tullaan käyttämään opinnäytetyössä. Minua on informoitu siitä, että henkilöllisyyteni tulee pysymään salassa koko tutkimuksen ajan. Olen tietoinen, että haastatteluaineisto tullaan hävittämään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä opinnäytetyön valmistuessa, viimeistään joulukuussa 2015. Minulla on oikeus keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen sen kaikissa vaiheissa.

_____/____/2015

Paikka

Pvm

Allekirjoitus

Nimi _____

Puh. _____

Sähköposti _____

Työyksikkö _____

Liite 4 Millaisia näkemyksiä ja kokemuksia päihdetyöntekijöillä on hoitoa edistävistä tekijöistä?

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none">• Päihteettömyys• Hoitoon sitoutuminen	Päihteettömyyteen sitoutuminen	Päihteettömyyteen sitoutumisen tukeminen
<ul style="list-style-type: none">• Hoitopaikan rajat• Turvallinen hoitoympäristö• Rauhallinen hoitoympäristö	Hoitoympäristön turvallisuus	
<ul style="list-style-type: none">• Asioista keskusteleminen• Omahoitajuus• Kannustaminen	Potilaan tukeminen	Yksilöllinen hoito
<ul style="list-style-type: none">• Yksilöllinen hoidon suunnittelu• Potilaan yksilöllinen huomiointi• Potilan avun tarpeen huomiointi• Potilaan voimavarojen huomiointi	Yksilöllisyyden huomiointi	
<ul style="list-style-type: none">• Hoitajan työkokemus• Työryhmän ammattitaito• Hoitajan pitkäjänteisyys	Ammattitaitoinen työryhmä	
<ul style="list-style-type: none">• ADHD - diagnoosin saaminen• Oireiden Hallinta• Oikeanlainen lääkitys	ADHD - oireiden hallinta	

Liite 5 Millaisia näkemyksiä ja kokemuksia päihdetyöntekijöillä on hoidon ongelmakohtista?

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none">• Impulsiivinen käytös• Levoton käyttäytyminen• Levottoman ilmapiirin luominen (hoitoympäristössä)	ADHD - oireiden vallitsevuus hoidon aikana	Hoitamattomat ADHD -oireet
<ul style="list-style-type: none">• Lyhytjänteisyys• Keskittymiskyvyttömyys	Keskittymiskyvyn vaikeudet	
<ul style="list-style-type: none">• ADHD: n tuoma alttius huumeidenkäyttöön• ADHD: n diagnosoimattomuus• Päihderiippuvuus	Riski päihteiden käyttöön	Riski päihdehoidon keskeytymiseen
<ul style="list-style-type: none">• Aikojen peruuntuminen• Sääntöihin sitoutumisen vaikeus• Sitoutumattomuus hoitoon	Sitoutumattomuus päihdehoitoon	
<ul style="list-style-type: none">• Hoitopaikan resurssien rajallisuus• Hoidon etenemättömyys	Lyhyet hoitosuhteet	
<ul style="list-style-type: none">• Hoitajat pitävät potilasta haastavana		

Liite 6 Millaista tietoa päihdetyöntekijät kokevat omaavansa huumeriippuvaisen ADHD - oireisen aikuisen hoidosta?

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> Käytännön kautta tullut varmuus potilaan kohtaamiseen Käytännön kautta tullut tieto ADHD - oireiden tunnistamiseen 	Työkokemuksen kautta kertynyt tietämys	Oman alan asiantuntijuus
<ul style="list-style-type: none"> Käytännöntietämys ADHD: n ja huumeidenkäytön yhteydestä Perustiedot ADHD: n ja huumeidenkäytön yhteydestä Käytännön kautta opittua yleistietoa 	Työkokemuksen kautta tullut tietämys ADHD:n ja huumeidenkäytön yhteydestä	
<ul style="list-style-type: none"> Perustietämys ADHD: sta Tämän hetkiseen työhön riittävät tiedot ADHD: sta 	Yleistietämys ADHD: sta	
<ul style="list-style-type: none"> Riittämättömät tiedot ADHD: sta 		

Liite 7 Minkälaisia kehittämis ehdotuksia päihdetyöntekijöillä on ADHD - oireisten huumeriip-
puvaisten hoitoon?

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> Keskittymiskyvttömyyden huomiointi hoidossa Potilaan tarpeiden huomiointi yksilöllisesti 	Yksilöllisen hoidon toteutus	Kokonaisvaltaisen hoidon toteuttaminen
<ul style="list-style-type: none"> ADHD: n huomiointi hoidon suunnittelussa Arjessa tukeminen Diagnostisiin tutkimuksiin ohjaaminen 	Elämänhallinnan tukeminen	
<ul style="list-style-type: none"> Hoitajan kannustava toiminta Hoitajan läsnäolo hoidossa 	Henkinen tukeminen	
<ul style="list-style-type: none"> Moniammatillisuuden hyödyntäminen Joustavuuden lisääminen hoitokäytänteissä 	Tehokkaiden työtapojen käyttöönotto	Muutos hoitokäytänteissä
<ul style="list-style-type: none"> Turvallisen hoitoympäristön tarjoaminen Pienissä ryhmissä toimiminen 	Hoitoympäristön kehittäminen	

Liite 8 Tutkimuslupa

Pöytäkirjanote

3/2015

1 (2)

25.2.2015

5 §

Päätös tutkimuslupahakemuksesta 2015-001137

2015-001137 T 13 02 01

Päätös

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja päätti myöntää tutkimusluvan Petra Saari Santoksen ym. tutkimukselle: "Päihdetyöntekijöiden näkemykset ja tiedot huumeriippuvaisten ADHD-oireisten aikuisten asiakkuuksista" tässä päätöksessä ilmenevin ehdoin todeten, että psykiatria- ja päihdehuollon erityispalvelujen vs. päällikkö antoi hakemuksesta puoltavan lausunnon 24.2.2015. Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja nimeää yhteyshenkilöksi osastonhoitaja

Tutkimusluvan ehdot ovat seuraavat:

- Sosiaali- ja terveystieteiden yhteyshenkilö on osastonhoitaja
Yhteyshenkilön tehtävänä on valvoa, että tutkimus toteutetaan sosiaali- ja terveystieteiden osastossa suunnitelman ja lupaehtojen mukaisesti
- Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia sosiaali- ja terveystieteiden osastolle
- Tutkimuksessa syntyvä henkilötietorekisteri hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistuneita henkilöitä
- Tutkijat saapuvat pyydettyä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia siihen yksikköön, jota tutkimus koskee
- Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti tai sähköinen osoite, josta se on luettavissa, toimitetaan sosiaali- ja terveystieteiden käyttöön

Lisätiedot

Pöytäkirjanote 3/2015 2 (2)

25.2.2015

kehittämissuunnittelija, puhelin:

Otteet

Ote

Hakija

Psykiatria- ja päihdepalvelujen
johtaja

Yhteyshenkilö

Valmistelija

Otteen liitteet

Liite 1

Liite 2

Liite 3

Pöytäkirja on pidetty yleisesti nähtävänä
kirjaamossa 6.3.2015 ja asianosaista
koskeva päätös on lähetetty 4.3.2015.

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja